

# 申請相談受付票

令和 年 月 日

受付担当者

< 被保険者 > 氏 名		連絡先 (電話番号)
住 所		生年月日 T・S 年 月 日
< 家 族 > 氏 名	続柄	連絡先 (電話番号)
連絡先 住 所		
申請理由 申請の経緯 (現在の心身の状況、 困っていることなど)		緊急対応の必要性や 状態の安定性等
希望のサービス	リハビリ 訪問看護 短期入所 福祉用具 住宅改修 施設入所 ( )	⇒申請を受ける
	デイサービス ヘルパー 掃除 買い物 調理 ごみ出し ( ) 医師・病院から勧められた	⇒介護の状況①②を 聞き取る
介護の状況①	身の回りのこと (移動・排泄・食事など) ほぼ出来る 物忘れはない 年相応の物忘れ程度	⇒総合事業対象 (チェックリスト)
介護の状況②	自宅内の移動 自立 介護が必要 排 泄 自立 トイレ介助が必要 オムツ 食事介助 自立 介助が必要 入 浴 自立 介助が必要 服薬管理 自立 家族・病院等が管理 介助が必要 ( ) 認知症の症状 なし 物忘れ 被害妄想 徘徊 介護抵抗 ( )	⇒すべて自立以外 申請を受ける。 (認知症状はチェックなし) ⇒すべて自立 総合事業対象 (チェックリスト)
現在の居住場所	・ 自宅 家族の状況 (同居 独居 日中独居) 同居家族の続柄 ・ 入院・入所中 病院・施設名 階 病棟 入院年月 年 月 日 退院予定 月 日	
認定調査について 正確な調査のため介護 者の立会いを出来るだ けお願いします。 (特に在宅の方)	・ 調査時の立会い 希望する 希望しない 都合が合えば ・ 調査時の連絡先 (申請書と違う方の場合に記入) 氏 名 (続柄) 連絡先 (日中連絡可能な電話) 駐車場 ペットの有無	不都合な 日にち・時間など
地域包括支援セン ターへの連絡事項		暫定サービス希望 あり なし CM ( ) サービス事業所 ( )
備考		