

相談票 記載例

受付日 /

受付者サイン〔 〕

対象者	生年月日	明・大・昭	年	月	日( 歳)
相談者・申請者	続柄・支援事業所				

\* 代行申請の場合は、持参者(ケアマネージャー等)の氏名を伺ってください。

調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>世帯主</td> <td>連絡先</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> </table>		世帯主	連絡先	住所	
世帯主	連絡先					
住所						
	<input type="checkbox"/> 医療機関・施設 名称( ) いつから入院・入所か 年 月 日から 退院・退所の見込み時期 未定・あり( 年 月 日頃) *ありの方→ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院( ) <input type="checkbox"/> 入所( )					
心身の状況 申請への経緯	現病歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(脳梗塞・脳出血・骨折・心臓病・糖尿病・その他)				
	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(脳梗塞・脳出血・骨折・心臓病・糖尿病・その他)				
	<b>例</b>	<b>日常生活での支障</b>				
	・大きな病気はないが足腰がだんだん弱ってきた。 入浴困難、入浴できるサービス希望。 ・現在〇〇病院入院中、療養型へ転院予定。 病院にすすめられ申請。 ・〇月〇日脳梗塞発症、現在リハビリ中。 退院後はベットレンタル、デイケア希望。	移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つたう <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 車椅子 食事 <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 排泄 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ 入浴 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴していない 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他 * 必要に応じてチェックしてください				
	希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 ( )				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族と同居( <input type="checkbox"/> 昼間独居)					
調査の際、配慮すること <b>*必ずチェックしてください</b>	心身の状況・病状・認知症・筆談・ききとりの方法など <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事前に調査員に知らせておきたいこと) <input type="checkbox"/> 家族に別でききとり <b>例</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がんであることは本人に知らせてないので、病気の話は本人の前ではしないでください。</li> <li>・認知症の話をするとう本人怒ります。後で娘さんより別にききとってください。</li> <li>・理解力がありますが、耳がほとんどきこえません。筆談をお願いします。</li> </ul>					
他課との調整	障害者手帳・生活保護等					

介護保険制度についての説明

\* 説明済みにチェックしてください

- 申請→訪問調査・主治医意見書→認定審査→認定結果通知まで
- 要介護・居宅介護支援事業者の選択→ケアプランの作成→介護サービスの利用まで  
要支援・地域包括支援センターにてケアプランの作成→介護予防サービスの利用まで
- 結果が非該当だった場合→地域包括支援センターから連絡いれるので相談を  
(先行サービス使用した場合、実費となること)