

受付シート

		受付日	年 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名			() 歳
住所			
居住地		電話	
家族構成	同居(配偶者・子・その他) 別居()	要介護認定の有無	無・要支援()・要介護()
相談者	氏名	続柄	
	住所	連絡先	
相談理由	1 医療機関のすすめ 2 家族・友人のすすめ 3 生活が不安になって 4 使いたいサービスがある 5 その他()		
相談内容			
受診状況	定期受診なし・外来通院中・入院中(退院予定: 年 月 日・未定・不明)		

※ 第2号被保険者(40歳～64歳)は、要介護等認定申請へ

NO	質問事項	※どちらかに○を付けてください。	
1	歩けますか	できる・つかまれば可	できない
	着替えができますか	できる・一部介助が必要	できない
	1人でお風呂に入れますか	できる・一部介助が必要	できない
	1人で食事ができますか	できる・一部介助が必要	できない
	薬の管理ができますか。	できる・一部介助が必要	できない
	食事を用意することが出来ますか	できる・一部介助が必要	できない
	部屋を片付けることができますか	できる・一部介助が必要	できない
	日常生活に支障のある物忘れがありますか	ない	ある
2	使いたいサービスがありますか	訪問サービス(介護予防・生活支援)	通所リハビリ
		通所サービス(介護予防・生活支援)	訪問看護
		短期集中型介護予防サービス	福祉用具
		住民主体訪問/通所サービス	短期入所生活/療養介護
		人にやさしい住宅リフォーム	住宅改修
		未定	その他()

回答すべてがAの場合:聞き取り内容より総合的に判断
 ・総合事業について説明し、基本チェックリストへ
 ・一般介護予防事業へつなぐ
 ・地域包括支援センターへ情報提供

回答に1つでもBがある場合:要介護等認定申請へ

A	B
基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請

受付シート受付者

受付機関	受付者
地域包括支援センター()	

市処理欄	システム入力者

※基本チェックリストを行った場合は、市へ原本を提出