受付シート

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請対象者氏名：住所：東彼杵町　　　　　　郷 | 性　　別生年月日 | （　男性　・　女性　）大正・昭和　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 相談者（来庁者） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　）申請に関する連絡先：　　　　　－　　　　　－　　　　　（氏名：　　　　　　　　　　）※相談者と違う場合に記入 |
| 家族状況 | □独　居　　□老々世帯　　□同居者人員　　名　　夫・妻・子・子の配偶者・孫・他主介護者氏名（　　　　　　　　　　　　　　）　本人との関係（　　　　） |
| 申請区分 | □1号　　　□2号（特定疾病名　　　　　　　　　　）　　　　　　医療保険（　国保　協会健保　その他（　　　　　　　）　） |
| 申請理由 | □日常生活が困難になってきた。（具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □家族に勧められた。□医療機関等に勧められた。（具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □その他（具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| サービスの利用希望※希望にチェックをしてください。 | □訪問介護　　□訪問看護　　□訪問入浴　　□通所介護　　□通所リハ　　□短期入所　　□住宅改修　　□施設入所（　　　　　　　　　　　）□福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　）□福祉用具貸与（　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 受付：令和　　年　　月　　日 | 受付者：　氏　名（　　　　　　　　　　） |

裏面へ続く

（　裏　面　）

|  |
| --- |
| 〇本人の状況等町の介護予防事業（はつらつ教室・よんなっせ・よってみんね）を利用していますか。□利用している　　※　要介護認定の結果によっては、今後利用できなくなる場合もあります。□利用していない□在　宅　　　□その他（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　）※子供の家等□入院中（病名：　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　病院　　棟　　　　号室　　入院日　令和　　年　　月　　日）　　退院予定　□無　□有（　　　月　　　日頃）・病院の相談員等への相談（　有　・　無　）　　転院予定　□無　□有（　　　月　　　日頃）　転院先（　　　　　　　　　　　）かかりつけ医　□無　□有（病院名：　　　　　　　　　　）　（医師名：　　　　　　　　先生）　　　　　　　　　　　最近の受診日（令和　　年　　月　　日）・申請について医師への相談（　有　・　無　）〇身体状況　1.ベッド等での寝返り・起き上がり　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）2.歩行（5ｍ程度）　 　　　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）3.両足での立位保持（１０秒程度）　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）4.椅子等からの立ち上がり　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）5.聴力　　　　　　　　　　　　　　　□普通　　□やや悪い　　　　□とても悪い　□筆談が必要　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）6.洗身（身体や髪を洗うこと）　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）7.目的の場所（トイレ等）への移動　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）8.食事摂取　　　　　　　　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）9.排尿・排便　　　　　　　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）10.着替え　　　　　　　　　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）11.薬の服薬　　　　　　　　　　　　　□できる　□一部介助が必要　□できない　　□わからない　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〇認知症状1.物忘れ（　無　有（　①　１日前の事を忘れる　・　②　①と③の間　・　③　１０分前の事を忘れる　）　2.その他症状（　理解力低下　　徘徊　　易怒的　　暴力　　意欲低下　その他（　　　　　　　　　　　）） |