

介護相談受付票

該当するものにチェック☑または、○を付けてください。

令和 年 月 日

ふりがな				家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
対象者氏名 (介護を必要とする人)					<input type="checkbox"/> 世帯員あり (☐日中はひとり)
相談に来た人	ふりがな			対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族()
	氏名				<input type="checkbox"/> 代理人
	連絡先住所	<input type="checkbox"/> 介護認定申請書と同様(下に住所の記入は不要です)			
	電話番号	① - - 自宅・携帯・その他() ②上記で連絡がつかない場合 - - 連絡先() ※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話(携帯等)から連絡する場合があります。			
対象者の所在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名: 退院予定(月 日)・未定 <input type="checkbox"/> 施設 施設名: <input type="checkbox"/> その他(市外等 所在する場所:)				
相談内容	<input type="checkbox"/> 介護が必要になった・サービス利用について相談したい <input type="checkbox"/> デイサービス・ヘルパーサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具(手すり・歩行器・ベッド等)・訪問看護・短期入所を利用したい <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ <input type="checkbox"/> その他(例:最近物忘れがひどくなった等、その他相談したいことがありましたらご記入ください。) []				

以下について、番号に○印又は記入をしてください。

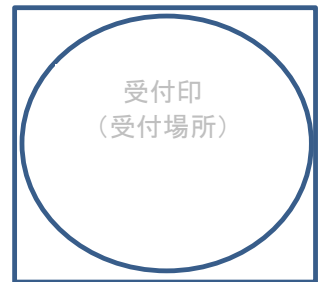
1 歩行について	1. できる 2. 杖などつかまって歩行 3. 介助が必要 4. できない
2 入浴について	1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない
3 排泄行為について	1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない
4 薬の管理について	1. できる 2. できない()
5 物忘れについて	1. ない 2. ある()
6 日中の生活	1. よく動いている 2. 座っていることが多い 3. 横になっていることが多い

申請書共通チェックリスト様式

担当部署名: 市民福祉部 介護福祉課 問い合わせ先: 025-792-9755

申請等の名称	介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書
--------	----------------------

申請者	住所:	_____
	氏名:	_____



	書類の名前	省略	省略できる条件	受付窓口	担当課
1	申請書本体	不可		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治医意見書作成事前調査票	可	原則全員提出。 主治医が小出病院(入院中の者を除く)、ふくじゅクリニック、堀之内医療センター、守門診療所の場合は必須。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	介護保険被保険者証	可	被保険者証を紛失した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	その他(申請者が任意で添付した書類等)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>