受付チェックシート

様式１

記入日　　　　年　　　月　　日

対応者

相談対象者情報

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　生年月日　　　　　年　　　　月　　　日生（　　　才）←６５才未満ではないか

１．相談者（窓口等で相談している人）

　□　ご本人　　　　　　　□　家族（同世帯）　　　　□　その他

２．現在、要介護認定を受けていますか

　□　受けていない　　　　□　要支援１・２　　　　　□　要介護１～５

３．相談の理由

　□　医療機関（医師）に勧められた（ 通院中　　入院中 ）

　□　家族・友人に勧められた

　□　足腰が弱ってきた、体力が低下してきた

　□　その他

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．生活状況について

　①歩けるか（歩行）　　　　　□　できる　　　□　つかまれば可能　　　□　できない

　②着替えができる（更衣）　　□　できる　　　□　一部助けが必要　　　□　できない

　③一人で入浴できるか（清潔）　　　　　　　　□　できる　　　　　　　□　できない

　④一人でトイレにいけるか（排せつ）　　　　　□　できる　　　　　　　□　できない

　⑤日常生活に支障のある物忘れがあるか　　　　□　ない　　　　　　　　□　ある

５．利用（継続）を希望するサービスがありますか

□　通所介護（デイサービス）　　□　訪問介護（ホームヘルプ）　 　　□　訪問看護

□　訪問入浴　　　　　　　　　　□　通所リハビリ（デイケア）　 　　□　訪問リハビリ

□　福祉用具　　　　　　　　　　□　短期入所（ショートステイ） 　　□　住宅改修

□　小規模多機能型　　　　　　　□　施設入所

★対応者確認欄

※色付項目にチェックがついていますか

　□　はい → 要介護認定申請　　　　　　　□　いいえ → 総合事業と基本チェックリストの説明

※総合事業と基本チェックリストの説明し、基本チェックリストによる事業対象者判定に同意していますか

□　はい → 基本チェックリストの実施　　□　いいえ → 要介護認定申請