

相談票		受付年月日 受付年月日		年	月	日	様式1
				年	月	日	
対象者		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)				
住 所		連絡先					
相談者		続 柄					
住 所		連絡先					

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

窓口に来られた理由 ☐ 医療機関に勧められた ☐ 家族・友人に勧められた ☐ 足腰が弱ってきた ☐ 物忘れが目立つようになってきた ☐ その他()	生活状況
	移動 ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 伝う ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり 食事 ☐ ひとりで食べる ☐ 介助() ☐ 経管栄養 入浴 ☐ ひとりで入浴 ☐ 介助 ☐ 清拭 ☐ していない 排泄 ☐ ひとりで行なえる ☐ 介助 ☐ ポータブルトイレや尿器 ☐ オムツ ☐ その他() 認知 ☐ なし ☐ 疑いあり(症状:) ☐ 診断あり(診断名:)
	☐ 介護保険申請(新規 ・ 区分変更)
	☐ 『碧南市認知症関連事業・認知症ケアパス』配布

☐ 現在利用中の介護保険以外のサービス等	☐ 訪問診療など(医師、薬剤師) ☐ 訪問看護・リハビリ ☐ 病院でのリハビリ ☐ 障害福祉サービス()
---	--

相談の詳細 (主訴、収集した情報などを記載)	

既往歴	☐ なし ☐ あり()
現 病 歴	☐ なし ☐ あり() ☐ 申請に関わる主疾患()
かかりつけ医	☐ なし ☐ あり() 通院 / 週 ・ 月

世帯の状況 ☐ 高齢者世帯(□昼間独居) ☐ 単身 ☐ 家族と同居(□昼間独居) ☐ その他()	家族図 ☐ 本人男 ◎ 本人女 ☐ 男 ○ 女 ☆ 申請者 KPキーパーソン 同居の方○で囲む
---	---

現在の状況 (面接する場所)	☐ 自宅 ☐ 自宅以外 () 様宅 その他() 住所 連絡先 ☐ 医療機関・施設() 担当MSW() 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→ ☐ 自宅 ☐ 転院() ☐ 入所()
-------------------	---

希望するサービス	☐ 訪問介護 ☐ 通所リハビリ(デイケア) ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 訪問リハビリ ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具貸与() ☐ 福祉用具購入() ☐ 施設入所 ☐ その他()
----------	--

裏面へ

※相談票の取り扱い:受けたところが原本保管、介護保険係への提出や各包括への連絡はコピーを使用する。