

要介護認定に関する相談票

以下の内容について、わかる範囲でご記入ください。

相談日	令和 年 月 日			申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 要支援者の要介護新規 ☐ 事業対象者の要介護新規	
被保険者	氏名				生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	吉川市				
相談者	フリガナ 氏名	続柄：			住所	

【日中の連絡先】 ※システムに登録します。市に問い合わせをする可能性のある電話番号をご記入ください。

電話番号	①	— — —	氏名：	続柄：
	②	— — —	氏名：	続柄：

【被保険者の状況】

同居者	☐ 無 ☐ 有 続柄：				
申請理由	きっかけ	☐ 怪我 ☐ 病気（診断名： いつから： 年 月頃 ）			
		☐ 加齢 ☐ 病院からのすすめ ☐ その他（ ）			
	困りごと	☐ 買い物 ☐ 掃除 ☐ 入浴 ☐ その他（ ） ☐ 特になし			
	使いたいサービス	☐ デイサービス ☐ ヘルパー ☐ ベッド ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ☐ リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 施設入所 ☐ 未定 ☐ その他（ ）			
生活の状況	歩行	☐ 自立 ☐ 何かにつかまって歩く ☐ 車椅子自操 ☐ 介助が必要 ☐ リハビリ中 ☐ 不明			
	食事	☐ 自立 ☐ 介助が必要 ☐ 点滴・経管栄養等 ☐ 不明			
	入浴	☐ 自立 ☐ 介助が必要（ ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ その他（ ）） ☐ 清拭のみ ☐ 不明			
	排泄	☐ 自立 ☐ おむつ等使用 ☐ 介助が必要 ☐ 不明			
	着替え	☐ 自立 ☐ 介助が必要 ☐ 不明			
	認知症	☐ 無 ☐ 有（治療 ☐ 有 ☐ 無） ☐ 常時見守りが必要 ☐ すぐ忘れる ☐ 同じ話をする ☐ 怒りっぽい ☐ 大声を出す ☐ その他（ ）			

※「自立」が多い方で、利用したいサービスが「デイサービス・ヘルパー」のみの方には、総合事業を案内する場合があります。

【調査・意見書について】

訪問調査場所	☐ 現住所 ☐ 施設・病院内 ☐ その他（ ）				
意見書 依頼先	医療機関名：				
	直近受診日：		年 月 日	次回受診日：	
病院・施設	病院名 施設名 等	棟 階 号室			
	入院（所） 年月日	年 月 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）		
	転院・退院 の予定	☐ なし ☐ 未定 ☐ あり 			
その他 留意点	☐ 家族の同時申請あり ☐ 別室での調査希望あり ☐ 未告知の病気あり ☐ 話せない ☐ 聞こえづらい（ ☐ 大きめな声 ☐ 筆談） ☐ 言葉が出にくい ☐ 見えにくい ☐ ペットあり（犬・猫・他 ） ☐ その他（ ）				

市対応者：