

受 付 シ ー ト

記入日： 年 月 日

対象者氏名			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	年齢	歳

窓口に来られた方 氏名

本人・家族(続柄)・その他

① 病気や体の様子を教えてください。 傷病名を本人はご存知ですか？(はい ・ いいえ)

② サービス利用を急いでいますか？(はい ・ いいえ)

③ 利用したいサービス *該当する項目にチェックを入れてください。(複数選択可)

- ☐ 訪問介護(掃除、買い物、調理)
☐ 通所介護(入浴目的以外)

→ ④ へ

- ☐ 訪問介護(入浴、排せつ、食事) ☐ 住宅改修
☐ 訪問入浴介護 ☐ 福祉用具
☐ 訪問リハビリテーション ☐ ショートステイ
☐ 訪問看護 ☐ 施設入所
☐ 通所介護(入浴目的)
☐ 通所リハビリテーション

→ 介護保険申請書へ

④ 申請の理由 *該当する項目にチェックを入れてください。(複数選択可)

- ☐ 杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない。(車椅子使用している。寝たきりである。)
- ☐ 認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている。(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入できない。料理の段取りが覚えられず、料理が一人でできない。洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事が遂行できない。)
- ☐ 入浴や体を洗う行為が一人でできないために、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い。
- ☐ 服薬や病気の管理のために訪問看護サービスの利用の希望がある。
- ☐ 自宅での生活環境を整えるため、手すりの取り付け等の住宅改修を希望している。
- ☐ 福祉用具のレンタルや購入の希望がある。
- ☐ 家族の介護負担が大きく、長時間の預かりの場を求めている。
- ☐ その他()

→ ④ でチェックがある方は介護保険申請書へ

→ ④ でチェックがない方は瀬戸内市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書へ
(提出できない場合は地域包括支援センターから連絡させていただきますので、
裏面に連絡先等をご記入ください。)

本人住所	瀬戸内市
連絡先	(本人・家族 _____)
連絡のつく時間帯	午前 ・ 午後 ・ いつでも可 ・ _____ 時