

相談受付票

申請区分: 介護申請・総合事業/新規・変更

申請日: 年 月 日

記入日: 年 月 日 (AM・PM)

記入場所: 課 (受付者:)

(来庁・電話・訪問)

下記の太枠内を書ける範囲でご記入ください

㊦ 裏面も記入してください

① 対象者	ふりがな 氏名 (男・女)	被保険者番号	000
	住所 (地区)	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話(自宅) (携帯)	医療保険 現在の状況	後期高齢者医療・国保・社保・生保・その他() 未申請・事業対象者・要支援()・要介護()
② 相談者	ふりがな 氏名 (男・女) (続柄)	住所	
	住所	電話 ()	
③ 生活のどのようなことにお困りですか ※主訴・申請理由も記入 ※書ききれない場合は、裏面15へ記入してください	申請を勧められた方 (<input type="checkbox"/> 医師・病院から <input type="checkbox"/> 民生委員から <input type="checkbox"/> 家族等から <input type="checkbox"/> その他の方から) 内容(<input type="checkbox"/> サービスがほしい <input type="checkbox"/> 困りごとがある <input type="checkbox"/> その他) ※だれが、いつ、何に 困っているか		ジェノグラム(家系図) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女・対象者 <input type="checkbox"/> 同居家族は点線で囲む キーパーソンには☆印をする
	<p>きちんと聞き取ったご本人、ご家族の困りごとを書いてください。使いたいサービスのみ記入になっていません。</p> <p>変更申請の場合は、ここにその理由を記入してください。</p>		
④ 家族状況	独居・日中独居・老々世帯() 同居家族あり()		
⑤ 対象者の状況	在宅・入院中 (病院名:) 施設入所 (施設名)	入院日: 年 月 日	退院予定日: 年 月 日
⑥ ADL・疾患等 ㊦ 環境的な要因ではないもの 記載していただく必要はないもの	<input type="checkbox"/> 1人で歩くことができない	(自立・一部介助・介助)とは別に、普段の様子でこの4つのようなことがある場合、 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。	
	移動(自立・一部介助・介助)例:杖		
	<input type="checkbox"/> 1人で食事をすることができない		
	食事(自立・一部介助・介助)		
	着替え(自立・一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに排泄することができない	
	排泄(自立・一部介助・介助)例:オムツ		
	洗身(自立・一部介助・介助)	<input type="checkbox"/> 物忘れの進行により、日常生活に支障がある	
	物忘れ(なし・時々ある・ある)大変なこと等		
	服薬(自立・一部介助・介助)	※サービス・医療に繋がりにくい場合もここへ記入	
	他の認知症状(意欲や理解力の低下・暴力・徘徊・その他())		
その他()	認定の申請をされる場合、その主治医は、意見書を書くことを了承していますか。意見書がないと手続きが進められません。		
申請に至る 年 月 日頃 (疾患名)	(病院名・主治医)	認定の申請の場合は、できるかぎり記入してください。	
年 月 日頃 (疾患名)	(病院名・主治医)		
⑦ 主治医	病院名: 医師名	直近受診日 年 月 日	次回受診予定日 年 月 日
⑧ 調査調整連絡先	氏名 (続柄) 電話:	ケアマネジャーの場合は、居宅名も続柄に記入してください。	
⑨ 調査立会い	調査の立会者: <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ※ いる にチェックの場合、立会者の氏名・続柄をご記入ください。	氏名: (続柄:)	
⑩ 現在利用している介護保険以外のサービスを記入してください	医療系サービスや障がいのサービスを利用している場合は、ここへ記入してください。		

⑪ 希望 サービス 開始時期	一般介護予防事業等	福祉ひろば・公民館活動・地域の通いの場・その他()	開始時期
	サービス事業	訪問型: 現行・A・B・C・未定() 通所型: 現行・A・B・C・未定()	・出来るだけ早く ・結果が出てから
	介護予防・ 介護給付事業	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ・訪問入浴・短期入所 施設入所・住宅改修・通所介護・通所リハビリ 福祉用具()・その他() ()	・未定 ・その他
⑫ チェックリスト	実施(該当 ・ 非該当) ・ 未実施		
⑬ 対応方向性	一般介護予防事業利用 ・ サービス事業利用 ・ 介護予防 ・ 介護給付事業利用 ・ 未定		
⑭ 変更申請 の確認事項 ※変更の理由は③へ 記入	A 今現在利用しているサービス :		
	B 今後検討しているサービス(回数や時間変更の場合も含め) :		
	C 暫定ですでに利用開始しているサービス :		
⑮ 備考 (困っていること等、 特記事項)	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 変更申請の場合、必ず現在利用のサービスの種類・回数・量、今後検討しているサービスの種類・回数・量などを記入してください。暫定利用されている場合は、その内容もご記入ください。 </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> ご本人・ご家族に、すでにサービスや制度のことで、特別にお伝えいただいている場合は、ここへご記入ください。 </div>		
	(方針)	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 特に軽度の方、フレイル状態の方については、本人、家族との合意事項や、今後の方針についての記入が必要です。 </div>	

===== 松本市地域包括支援センター確認欄 =====

※この相談受付票(原本)は、担当包括で保管する
 サービス事業利用の場合は、写しをチェックリスト、居宅届とともに福祉担当へ送付する
 介護申請の場合は、相談受付票、介護認定申請書を介護認定担当または、西部福祉課へ送付する
 一般介護予防事業利用時は写しはいらない。CM委託時は担当包括から写しを渡す