

|             |         |                                  |                          |                          |
|-------------|---------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 記入者氏名（フリガナ） | 対象者との関係 | 相談                               | 新規                       | 更新（現在利用無し）               |
|             |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 対象者氏名（フリガナ） | 対象者生年月日 | 64 歳以下                           |                          | 65 歳以上                   |
|             |         | <input type="checkbox"/> 特定疾病（ ） |                          | <input type="checkbox"/> |

※現在お使いのサービスが無く、今すぐにお使いにならない方は今回更新をする必要はありません。サービスが必要になった際に改めて申請ください。現在長期入院中の方等は主治医にご相談ください。

①窓口相談にいられた理由や申請する理由をお聞きします

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療機関（医師や相談員）に勧められた                                  |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターやケアマネに勧められた                               |
| <input type="checkbox"/> 日常生活に不安を感じて・家族や友人等が日常生活を心配して                        |
| これらの原因は交通事故によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 具体的に状況をお聞かせください                                                              |

②受診状況についてお聞きします

|                                    |                             |                              |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 現在かかりつけの病院等がありますか                  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 今回の申請について主治医に相談はしていますか             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 癌の場合、末期状態であり早急な介護保険利用が必要と説明がありましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在入院中ですか、または過去6カ月内の入院はありますか        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ※入院経緯を出来る限り詳細にお聞かせください             |                             |                              |

③生活状況についてお聞きします（自身でできること、どれくらい介助や手伝いを要するか等）

|                            |                              |                                                                  |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 普段の様子や介護状況が分かる方はいいますか      | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ                                     |
| 一人で歩けますか                   | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない |
| 一人で衣類の着脱ができますか             | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 部分的に助けが必要 <input type="checkbox"/> できない |
| 一人で身体を洗えますか                | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 部分的に助けが必要 <input type="checkbox"/> できない |
| 一人で「食べる」ことはできますか           | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 部分的に助けが必要 <input type="checkbox"/> できない |
| 年相応以上の物忘れ、病院での認知症診断等がありますか | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ                                     |
| 具体的に状況をお聞かせください            |                              |                                                                  |

④この中で気になるサービスはありますか

|                                               |                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 体操や趣味、他者交流等を通じて元気になりたい                        | 認知症の人を対象とした施設に入所したい                           |
| <input type="checkbox"/> 介護予防教室、地区サロン         | <input type="checkbox"/> グループホーム              |
| 自宅に訪問を受けて利用したい                                | 施設に入所したい                                      |
| <input type="checkbox"/> 身体介護や生活援助（ホームヘルプ）    | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、老人保健施設、医療院 |
| <input type="checkbox"/> 移動入浴車等による入浴          | 一時的に入所して利用したい                                 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション            | <input type="checkbox"/> ショートステイ              |
| <input type="checkbox"/> 医師・看護師による療養管理        | 通い・訪問・宿泊を組み合わせで利用したい                          |
| 施設に通って利用したい                                   | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護          |
| <input type="checkbox"/> 入浴・排泄支援・機能訓練（デイサービス） | 自宅の生活環境を整えたい                                  |
| <input type="checkbox"/> 上記内容＋リハビリテーション（デイケア） | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入            |
| 在宅に近い暮らしをしたい                                  | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 |
| <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者向住宅 |                                               |