

新規 相談受付票

記入日： 年 月 日

ふりがな 被保険者名			生年月日	T・S 年 月 日	年齢	歳	性別	
	住所		須賀川市			電話		
相談者名			続柄			連絡先		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 昼間一人							
相談理由	<input type="checkbox"/> 日常生活が困難になってきた ()							
	<input type="checkbox"/> 家族・医療機関等に勧められた ()							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
身体状況	現病歴							
	主な疾患	病院名	入院理由		退院予定日			
		<input type="checkbox"/> 入院中 病棟						
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明		
	手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
		①	②	状況				
	I 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					
	II 食事	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					
	III 排泄	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					
	IV 洗身	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					
V 着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない						
VI 認知症状	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある					
希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス		<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()			<備考>		
判定	<input type="checkbox"/> ①のみ該当 ※総合事業該当		<input type="checkbox"/> ②に1つでも該当 ※要介護認定申請					

認定調査 立合者名		続柄		連絡先	(時間帯)		
--------------	--	----	--	-----	-------	--	--

引き継ぎ		受付者	
------	--	-----	--