

# 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			