

新規 相談受付票

記入日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

ふりがな 被保険者名	ぼたん たろう		生年 月日	T・S		年齢	83歳	性別	男	
	牡丹 太郎			11年 5月 1日						
住所	須賀川市 八幡町135			電話						
相談者名	牡丹 花子		続柄	長女		連絡先	000-0000-0000			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 日常生活が困難になってきた (ひざ痛により入院中。認知症の進行有り)									
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・医療機関等に勧められた (○○病院 ○○相談員)									
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
身体 状 況	現病歴	ひざ痛 (平成30年1月頃から) 認知症 (平成28年頃から)								
	主な疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中	病院名	○○病院		入院理由	変形性膝関節症		退院予定日	平成30年9月下旬
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	難聴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明				
	手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (変形性膝関節症により身体障がい者手帳1種1級)								
		①	②	状況						
	I 歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	ふらつきあり						
	II 食事	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない							
	III 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	リハパンツ使用						
IV 洗身	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	介助している							
V 着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	ズボンの着脱に介助必要							
VI 認知症状	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	被害妄想あり毎日なだめている							
希望サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス		<input checked="" type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" 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 <small>※総合事業該当</small>		<input checked="" type="checkbox"/> ②に1つでも該当 <small>※要介護認定申請</small>							

立会者名	牡丹 花子	続柄	長女	連絡先	(時間帯)
------	-------	----	----	-----	-------

引き継ぎ	受付者
------	-----