

高齢者相談受付記録票

【介護認定係行】

該当するものに○をする。

新規・変更

申請日の希望 [調査日]・[月 日付]

受付日時	令和 年 月 日 時 分	受付状況	⇒ (窓口・電話・訪問)		
ふりがな 対象者氏名		被保険者番号	100		
		対象者の住所	出雲市 町 (町内会名)		
生年月日	T・S 年 月 日 (才)	電話	意見書を記入してもらえるかどうかを事前に医療機関へご確認ください。		
現在の居所	現在生活している場所を具体的に記入してください。(病院名・施設名・住所地以外の住所etc)	主治医	介護が必要となった病気を診ている病院を記入してください。		
病棟・病室		申請を勧めた人			
退院の予定		本人(家族)の承諾	あり・なし (理由)		
相談者氏名		続柄	日中の連絡先		
立会い予定者	本人の様子が分かれる方を立ち合い者としてください。	続柄	日中の連絡先	日中繋がる番号をお書きください。	

介護が必要となった原因の病気
①脳血管疾患(脳卒中) ②認知症 ③高齢による衰弱 ④骨折・転倒 ⑤関節疾患 ⑥心疾患(心臓病) ⑦その他の原因 ⑧不詳

現在の状況・申請のきっかけ等 世帯状況等 具体的な家族構成を記入してください。

サービスが必要な状況が起きたきっかけとなるようなことを具体的に 歩行に記入してください。

排泄

入浴(洗身)

食事摂取

ひどい物忘れなどで困っていること(認知症)

・サービスの希望

なるべく具体的に記入してください。

・一般介護予防事業の利用 《事業名 》 ※ 認定申請後は利用できなくなる可能性がある。

滞納・欠損	医療保険情報		現在の状況(認定者or事業対象者)	
有・無 (1年以上) (1年未満)	保険者		介護度	
	記号・番号		有効期間	~
第三者行為	有・無	取得年月日	ケアマネ	
必要な対応		(あんしん記入) 予防システムの経過記録	同一世帯の認定者 有・無	
			名	要介護度 100
			ケアマネ	
			否	

介護予防・日常生活支援総合事業

職員が記入します。

☐ ←下記すべてに該当する場合、要支援相当に該当します。
☐ 希望するサービスがデイサービスのみの回数を超えている場合は、短期集中予防サービス、市独自基準サービスであること。
☐ 一人で歩いて外出できる。
☐ 身の周りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。
☐ かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。
☐ 総合事業について説明済みで、本人または家族の理解がある。

要支援相当に該当