

受付シート

受付	市・(〇部) 高齢者お世話センター 受付者 (阿南 花子)
----	---

受付年月日：令和 3 年 8 月 7 日

フリガナ	アナン タロウ	電話番号	0884-00-0000
対象者氏名	阿南 太郎		
生年月日	明治・大正・ 昭和 7年 10月 20日	年齢	84 歳
住所	阿南市 富岡 町 トノ町 12-3		
要介護認定の有無	有・ 無	有の場合は要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
代理人氏名	阿南 次郎	対象者との関係	子
電話番号	自宅 0884-00-0000	携帯	090-0000-0000

対象者の年齢が65歳以下の場合・要介護1以上の場合 **要介護認定申請へ**

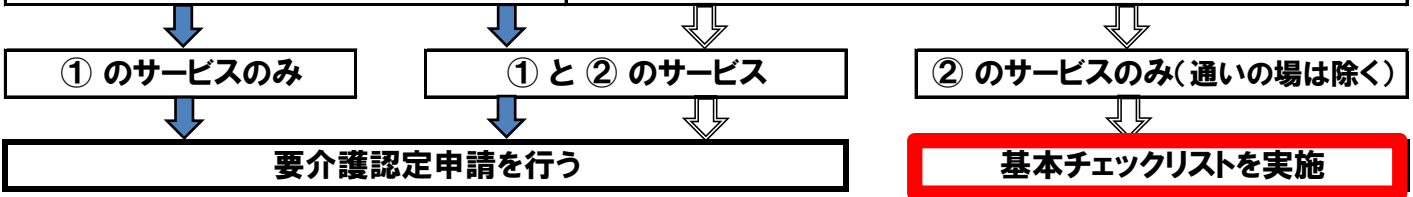
1 対象者の方の現在の身体状況 (該当する箇所に〇)

歩行	自分で歩ける・ 杖等を使用すればできる	歩けない
更衣	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
入浴	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
食事	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
物忘れ	なし・ 日常生活に支障がない程度の物忘れあり	日常生活に支障あり

1つでも該当する場合は**要介護認定申請へ**

2 利用したいサービス内容

<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ等) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 訪問サービス (ホームヘルプ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 近くにある通いの場を利用したい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 一般介護予防事業を紹介 ※ 基本チェックリストの必要なし </div>
① 国の介護保険サービス	② 阿南市の総合事業サービス	



3 訪問調査について

訪問先	氏名	阿南 太郎	本人との続柄	本人
	電話番号	自宅 0884-00-0000	携帯	090-0000-0000
	住所	※ 住民票と同じであれば記載必要なし		
訪問を希望する日時		〇月〇〇日		午前 ・午後 9 時頃