

# 受付シート

提出者: 本人・家族・在介・居宅

事業所名( )

市受付者氏名:

どなたのご相談ですか? ( 本人・家族・その他 ) 記入日: 年 月 日

|               |                |      |
|---------------|----------------|------|
| ふりがな<br>対象者氏名 |                |      |
| 生年月日          | 明治・大正・昭和 年 月 日 | 年齢 歳 |

※40~64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、湯沢市の高齢者支援サービスを受けていますか。

- 受けていない
- 介護認定を受けている
- 軽度生活援助を利用している
- すこやかデイサービスを利用している

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口に相談に来られた理由は何ですか。

- 医療機関(医師)に勧められた
- 家族が心配して・友人等に勧められて
- 足腰が弱くなってきたから
- 使いたいサービスがある
- その他

3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
- 更衣(着替えができる)
- 清潔(一人でお風呂に入れる)
- 食事(一人で食事ができるか)
- 日常生活に支障がある物忘れがある

4. 使いたいサービスがありますか。

| ①<br>基本チェックリスト | ②<br>要介護認定申請      |
|----------------|-------------------|
| 外来通院中          | 入院中               |
| できる・つかまれば可     | できない              |
| できる・一部助けが必要    | できない              |
| できる            | できない              |
| できる            | できない              |
| なし             | ある                |
| 配食サービス         | おむつ費助成事業          |
| 訪問介護(ホームヘルプ)   | 通所リハビリ(デイケア)      |
| 通所介護(デイサービス)   | 訪問看護              |
|                | 福祉用具              |
|                | 短期入所生活介護(ショートステイ) |
|                | 住宅改修              |
|                | 施設入所              |

メモ:

