

受付・連絡シート

事務処理欄 受付者	
市・包括（ ）	

記入日：令和 年 月 日

住 所	宇都宮市		
フリガナ			
対象者氏名	(相談者氏名 続柄)		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
連絡先	電話番号（携帯電話・可） 氏 名	連絡がつきやすい時間帯等	午前 午後

1 介護認定状況

- () 受けていない
 () 受けている ⇒ () サービスを受けている (サービスの種類)
 () サービスを受けていない

2 相談に来られた理由

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

【外来通院中】	【入院中】
---------	-------

3 生活状況

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

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

4 使いたいサービス

訪問介護（ホームヘルプ）	通所リハビリ
通所介護（デイサービス）	訪問看護
配食サービス	ショートステイ
	福祉用具
	住宅改修
	施設入所
	おむつ事業

地域包括支援センターが行う事業実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、この受付シートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 署名欄