**要介護認定等に関する相談受付票**

受付年月日　令和　　年　　月　　日　　　　　受付者所属、氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 要介護認定等の有無 | なし　　あり（要介護　　要支援　　事業対象者）  有効期間　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 |
| 来談者 | 本人  代理の方（代理の理由：入院中　　心身の状況により来所困難　　頼まれた） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確　　認　　事　　項 | | チェック | 手続き |
| １ | サービス利用の希望はないが認定を受けておきたい  **※サービスが必要になってから申請するようお伝えください。** | □ | なし |
| ２ | 年齢が４０～６４歳である（特定疾病に該当する） | □ | 要介護（要支援）認定申請 |
| ３ | 現在入院中である | □ |
| ４ | 主治医から運動の制限（安静）、入浴の制限などの指示を受けている | □ |
| ５ | 杖をついたり、歩行器を使用したりしても一人で歩くことができない  （車いすを使用している、寝たきりである　など） | □ |
| ６ | もの忘れ等により、買物、金銭管理、服薬管理、電話・来客の対応などに支障をきたしている | □ |
| ７ | 介護保険の訪問・通所サービスを利用したい（継続したい）  　訪問介護（介護給付）　訪問看護　　訪問リハビリテーション  通所介護（介護給付）　通所リハビリテーション  小規模多機能型居宅介護（通い・訪問・宿泊） | □ |
| ８ | 福祉用具（　　　　　　　　　　　　）を利用したい（継続したい）  住宅改修（　　　　　　　　　　　　）を利用したい（継続したい） | □ |
| ９ | 短期入所を利用したい（継続したい） | □ |
| １０ | 施設に入所・入居したい（継続したい） | □ |
| １１ | 排泄、食事、入浴など身の回りのことは概ね自分でできるが、訪問による生活支援（掃除、買物など）を週２回以上利用したい（継続したい） | □ |
| １２ | 排泄、食事、入浴など身の回りのことはおおむね自分でできるが、交流や運動の場（通所）を週２回以上利用したい（継続したい） | □ |
| １３ | 排泄、食事、入浴など身の回りのことはおおむね自分でできるが、訪問による生活支援（掃除、買物など）を週１回程度利用したい（継続したい） | □ | チェック  リスト |
| １４ | 排泄、食事、入浴など身の回りのことはおおむね自分でできるが、交流や運動の場（通所）を週１回程度利用したい（継続したい） | □ |