**受付情報**　※受付事務・訪問調査を円滑に推進するため，記入にご協力下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本人氏名** |  | **記入年月日** | 平成　　年　　月　　日 |
| **本人の****居場所** | 自宅　（　独居　・　隠居　・　同居　）　　・　介護保険施設 |
| 入院中（医療） | 入院目的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）入院期間（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日） |
| 自宅以外　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **医療機関****受診状況** | 定期的（１ヶ月以内に受診有り）　・　不定期（１ヶ月以上受診無し）主な既往歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **新規申請****の場合** | 申請やサービス利用　（　本人の希望　・　家族等の希望　）利用希望サービス　　（ 訪問系・通所系・短期入所・住宅改修・福祉用具・施設入所 ） |
| **更新申請****区分変更****の場合****現在の受給****サービス** | サービス項目 | 頻　度 | 詳細内容（利用事業所等） |
| 訪問介護 | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問入浴介護 | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問リハ | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問看護 | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通所介護 | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通所リハ | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 小規模多機能介護 | 週　　回 | 曜日・時間(　：　～　：　)（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 短期入所 | 日 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具貸与 | 品目 |  |
| 福祉用具購入 | 品目 |  |
| 住宅改修 | 有　・　無 |  |
| 居宅療養管理指導 | 有　・　無 | 医師　・　歯科医師　・　薬剤師（月　　回） |
| **本人状況****普段の様子** | **更新・区分変更の場合前回との比較** | **変化　　　有　　・　無** |
| **歩　　行** | 独歩 ・ つたい歩き ・ 杖 ・ ｼﾙﾊﾞｰｶｰ ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 這うその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **聴　　力** | 問題なし　・　困　難 | **電話対応（独居）** | 可　・　不可 |
| **伝　　達** | 問題なし　・　やや困難　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| **困っている状況****相談したい内容****（区分変更の場合は状況変化を詳細に記入）** |  |
| **その他** |  |

※訪問調査の基礎資料ですので、できるだけ正確に最新の情報を記入して下さい。

※本人・家族の意向・状況を確認し記入して下さい。

※本人状況欄は更新申請の場合は，前回との比較を記入して下さい。変化が無い場合は記載の必要はありませんので「変化 無」に○をしてください。

※区分変更の場合前回との状況変化を詳細に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **記　入　者** |  | **所　属** |  |