

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） ・ 不定期（1ヶ月以上受診無） 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・シバ-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 ご相談したい内容 (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比較を詳細に記入してください。

記入者		所属	
------------	--	-----------	--