

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	令和	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(年 月 日 ~ 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	利用事業所					
	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	()		
	通所リハ	週	回	曜日	()		
	小規模多機能介護	週	回		()		
	短期入所		日		()		
	住宅改修	有・無					
	福祉用具購入		品目				
	福祉用具貸与		品目				
	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・シルバーカー・歩行器・車椅子・這う その他()					
	聴力	電話対応 問題なし・困難					
	伝達	問題なし・()					
	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・状況を確認して記入下さい。

※本人状況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下さい。

記入者		所属	
-----	--	----	--