様式10-1

新規（介護申請）

**事前聞き取りシート**

受付日【令和　　年　　月　　日 】　　受付者／提出代行者　【所属　　　　　　　　】【氏名　　　　　　】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ●対象者 | | | | | |
|  | 【フリガナ】 | | 【要介護認定情報】　　　（担当ｹｱﾏﾈ：　 　　　　　　）  要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５  認定期間：　　　　年 　月 　日～　　　　年　 月　 日 | | |
| 【氏名】 | |
| ●既往歴（発症年月を記載すること） | | | | | |
|  | 脳血管疾患（麻痺：有／無　　　麻痺の部位：　　　　　　　　）  高血圧（　　　　　　　　）　肝臓疾患（　　　　　　　　　）心疾患（　　　　　　　　）　脂質異常症（　　　　　　　　）  肺疾患（　　　　　　　　）　腎疾患・透析（　　　　　　　）  糖尿病（　　　　　　　　）  整形（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  癌（部位：　　　　　　　　　　　　　本人への告知：有／無）  認知症（専門医の受診：有／無　　　　　　　　　　　　　　）  耳鼻疾患（　　　　　　　　　）眼科疾患（　　　　　　　　　）  精神疾患（　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　） | | | | 家族構成　□：男　○：女  □　　○ |
| ●現在の状況と情報提供書の依頼先 | | | | | |
|  | * 通院中   病院名【　　　　　　　　　　　 　】  主治医【　　　　　　　　　　　 　】  直近の受診（予定）日【　　　　　　　　　】 | | | * 入院中   病院名【　　　　　　　　　病院　　棟　　階】  主治医【　　　　　　　　　　　　　】  入院日【　　　　　　　　　　　　　】  退院予定日【　　　　　　　　　　　】 | |
| ●相談内容（□にチェックをつけること） | | | | | |
|  | 現在利用しているサービスはありますか？  □　介護保険→内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　医療保険→内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　障がいサービス→内容（　　　　　　　　　　　　　　　）　□　その他のサービス→内容（　　　　　　　　　　　　　　　）  □　介護保険のサービスを受けたい（または、継続したい）。  □　おむつ券の申請をしたい（または、おむつ券をもらっている。）  □　総合事業サービス**のみ**を利用したい（または、継続したい）。  **かつ、医療保険で訪問看護を利用している。**  □　要介護認定申請へ  （別紙申請書）  □　地域包括支援センターへ相談  【本人来所の場合】  □　本人への聞き取りによるチェックリスト実施（総合事業申請書、保険証回収）  □　訪問型サービス**のみ**を利用したい。  □　通所型サービス**のみ**を利用したい。  □　短期集中通所サービスを利用したい。  【本人以外の来所の場合】  □　自宅訪問によるチェックリスト実施（地域包括支援センター職員の訪問）  □　一般介護予防事業を利用したい。  （ふれあいサロン、脳わくわくクラブ、  介護予防いきいき講座、湯ったりクラブ等）  □　地域包括支援センターへ相談 | | | | |
| ●その他留意事項の記載、聞き取り結果 | | | | | |
|  | 【その他留意事項の記載】 | 【聞き取り結果】（□にチェックをつける）   * 要介護認定申請へ * 総合事業申請へ（事業対象者の入力→保険証の出力） * 地域包括支援センターへ相談（　　　　　　　　　） | | | |

⇒裏面へ

|  |  |
| --- | --- |
| 相　談　内　容 | |
|  | |
| 担当者 |  |