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 |  |