聞き取りシート

様式2

受付日：令和　 年 　 月 　 日

【相談目的】 日頃、本人や家族の生活上の困りごと・気になることを簡潔に記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者  | （ふ り が な） 氏名  | 現在の要介護度等 ・介護 ５ ４ ３ ２ １ ・支援 ２ １ ・事業対象者 　　　　・該当なし有効期間(認定ある場合)令和　 年 　月 　日 ～ 令和 　年 　月 　日  |
| 住所  |
| 生年月日 Ｍ・Ｔ・Ｓ 　 年 　月 　日 （ 　 歳）  |
| 現在利用中のサービス  |
| 連絡先  | 氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（ ）  |
| 電話番号（日中連絡が取れるところ）  |

【現在の状態】 ※（ ）内は具体的状況、介護の状況等を記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | 質　 問  | 回 答（該当する番号に〇をつけてください。）  |
| １  | 歩行はできますか  | １．歩ける ２．杖や歩行器を使用して、自分で歩ける  | ３．自分では歩けない  　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２  | 階段は昇れますか  | １．昇れる ２．手すりにつかまって昇れる  | ３．昇れない  　　　 |
| ３  | 入浴は、自分でできますか  | １．できる  | ２．できない、介助が必要  　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４  | 排泄は、自分でできますか  | １．できる ２．時間はかかるができる  | ３．できない、介助が必要  　　　　　　　　　　　　　　 |
| ５  | 着替えは、自分でできますか  | １．できる ２．手助けがあればできる  | ３．できない  　　　　　　　　　　　　　　 |
| ６  | 食事は、自分で食べることができますか  | １．できる  | ２．できない  　　　　　　　　　　　　　　 |
| ７  | 日常生活に支障がある物忘れがありますか  | １．ない  | ２．ある ※あてはまる症状に〇 暴言・暴行・大声・徘徊・感情不安定・被害妄想・同じ話その他（ 　　　　　 　　 ）  |
| ８  | 現在、入院中ですか  | １．いいえ  | ２．はい 退院の見込みは（　　　　　　　　　）医療機関名（ 　　　　　 　 ）病名 （ 　　　　　 　　 ）  |
| ９   | 現在は、通院中ですか  | １．いいえ  | ２．はい ※ 複 数 の 場 合 は す べ て 記 入 ※主たるかかりつけ医療機関に〇 (1)医療機関名（ 　　　　 ）病名 （ 　　　　 　　　 　 ） (2)医療機関名（ 　　 　　 ）病名 （ 　　　　　　　　 ）  |
| 10  | その他（自由記載）家族状況、服薬管理､ＩＡＤＬ、介護状況、その他の困りごと等 　 |

【希望しているサービス等】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 介護認定を受けている。受けたい。または、認定調査を受けるよう勧められた。 |  |
| ２ | 通所介護（デイサービス）等どこかに通えるサービスを受けたい。 |  |
| ３ | 訪問介護（ホームヘルプサービス）などで介護や家事的な援助を受けたい。 |  |
| ４ | 個別にリハビリを受けたい。 |  |
| ５ | 杖や歩行器、ベッドレンタルやポータブルトイレ・シャワーチェアを購入したい。 |  |
| ６ | 家の住宅改修をしたい（手すり取り付け、段差解消、床材変更、扉の取替、便器の取替） |  |
| ７ | 服薬や病気の管理のために訪問看護等の医療的なサービスを受けたい。 |  |
| ８ | 元気でいるための運動や学習がしたい。 |  |
| ９ | ※ 家での介護が難しく施設入所先を探している。 |  |
| １０ | ※ 介護全般について相談したい。 |  |
| １１ | その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. ） |  |

 ※については地域包括支援センターにご相談ください。

網掛けの項目に〇印が多い場合は、認定調査ではなく総合事業対象者となる可能性が高いです。

上記の聞き取り内容について介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者等若しくは、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

 氏名 　　　 　 　（　　本人・家族・その他 ）

≪相談結果≫

□介護保険申請　□基本チェックリスト実施（事業対象者該当・事業対象者非該当）※どちらかに〇

□相談のみで終了　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□相談に至らず

≪相談対応者≫

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 事業所名： |

|  |
| --- |
| 地域包括支援センター確認欄確認日 |
| 令和　　年　　月　　日 |