

相談時の状況聞取表

記入日

記入者

相談者	氏名	続柄	対象者	氏名
	住所			世帯状況 独居世帯 高齢者のみ世帯 (人 世帯) 若い人と同居 (日中独居・日中も同居) その他 ()
相談内容			サービス利用の時期	
			<input type="checkbox"/> すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 認定が出てから利用 <input type="checkbox"/> 退院準備をお願いしたい <input type="checkbox"/> 退院予定日: 月 日 <input type="checkbox"/> 退院日未定	
ADL			既往歴・医療情報	
<input type="checkbox"/> トイレの困り感がない <input type="checkbox"/> 入浴は一人で行っている <input type="checkbox"/> 食事は自力で摂取できる <input type="checkbox"/> 清潔保持 (口腔ケア・洗顔・整髪・身なり) をきちんとしている <input type="checkbox"/> 歩行状態 独歩・道具使用 () で可能			かかりつけ医 _____ 関節疾患 骨折 脳卒中 がん 認知症症状 心疾患 糖尿病 その他 ()	
健康			《判断》	
<input type="checkbox"/> ”いつも同じ事を聞く”などの物忘れがない <input type="checkbox"/> 健康状態がおおむね安定している			<input type="checkbox"/> 左記のすべてに☑がつく ⇒基本チェックリストの実施 ※該当者は総合事業へ <input type="checkbox"/> 左記の中に☑がつかない項目があった ⇒介護保険申請手続き	
利用希望のサービス				
<input type="checkbox"/> 総合事業のサービスを利用希望				

○訪問調査

立会 できる人	<input type="checkbox"/> 相談者	
	<input type="checkbox"/> 相談者以外	名前 ----- 連絡先 (自宅・携帯)
調査をする場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 (病院・施設の名前:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
調査希望日 時	具体的な日付・都合が悪い曜日や時間帯など	

その他