

要介護・要支援認定（新規）に関する相談・受付確認票

大変恐れ入りますが、相談・申請受付にあたり、次のことにお答えください。

1 介護や支援が必要となった方のお名前とご年齢は _____（ _____ 歳）

2 窓口にお見えになった方はどなたですか ご本人 ご家族 その他
お名前 _____（配偶者・子・兄弟・姉妹・孫・民生委員・その他）

3 ご本人の状況（ご本人の心身等の状況についてお聞かせください）

① 家族構成 ひとり世帯 夫婦ふたり世帯 家族と同居 その他 _____

② 生活拠点 自宅 病院入院中（病院名 _____） その他（ _____）
次へ ▶ 退院予定は ある（いつ頃 _____ 月 _____ 日） なし
転院予定は ある（病院・施設名 _____） なし

③ 心身の状況

- ・歩行（できる 伝い歩き 杖歩行 車椅子 全くできない）
- ・トイレ（自分でできる 家族などの介助が必要）
- ・飲食（自分でできる 家族などの介助が必要）
- ・入浴（自分でできる 家族などの介助が必要）

病気、けが、骨折をした（いつ頃 _____ 年 _____ 月 _____ 日）※申請の理由（原因）になったもの
（病名 _____）

物忘れなどの認知症状や問題行動が現れてきた
（具体的に _____）

④ 定期的に医療機関に通院していますか（入院の方は除く） いる（頻度 _____ 週・月 _____ 回） いない

⑤ 利用したいサービスなどについて

- ヘルパー、通所介護などのサービスを希望している
- 福祉用具購入、住宅改修などを希望している
- 介護保険施設入院・入所中、又は入院・入所を希望している
- その他 例：移送・配食・有償家事

（具体的に _____）