

記入日	年 月 日	相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
被保険者番号	○ ○ ○	被保険者氏名	

①年齢

65歳以上

65歳未満

②相談内容

〈5段階評価で記入〉		5	4	3	2	1	
相談内容についての緊急性は?	大至急	●	●	●	●	●	急ぎではない
相談ごとの改善の見込みは?	改善の見込みない	●	●	●	●	●	すぐに解決する見込みがある
物忘れの自覚は?	物忘れが多い	●	●	●	●	●	物忘れはない

〈具体的な相談ごと〉

<input type="checkbox"/> 通いの場に行きたい	<input type="checkbox"/> 手すりがほしい、住宅改修希望
<input type="checkbox"/> 寂しい	<input type="checkbox"/> ベッド、車いすを借りたい
<input type="checkbox"/> 掃除や買い物の支援を受けたい	<input type="checkbox"/> デイサービスに行きたい
<input type="checkbox"/> 集中的なリハビリを受けたい	<input type="checkbox"/> リハビリに通いたい
<input type="checkbox"/> 保健指導を受けたい	<input type="checkbox"/> 体調管理が心配
<input type="checkbox"/> 不測の事態に備えておきたい	<input type="checkbox"/> 施設に入所したい

〈コメント〉

.....

.....

.....

.....

.....

③サービス内容

総合事業

- ・現行相当の訪問・通所介護
- ・ボランティアによる家事の支援
- ・運動・レクリエーションなどの通いの場
- ・短期集中的な指導、予防事業

介護給付・予防給付
(⇒要介護・要支援認定の申請)

- ・在宅介護サービス
- ・施設入所
- ・地域密着型サービス

その他

- ・一般の介護予防事業
- ・サロン・サークル
- ・認知症予防教室
- など

④基本チェックリストの実施

該当(⇒事業対象者の申請)

非該当

【市確認欄】

1~5	6~10	11~12	13~15	16	17	18~20	1~20	21~25
		3	2	2	1	1	10	2