

記入日	平成	年	月	日	相談者	本人 ()
被保険者番号	0	0	0		被保険者氏名	

年齢	65歳以上	65歳未満
----	-------	-------

相談内容		5段階評価で記入				
相談内容についての緊急性は?	大至急	5	4	3	2	1
相談ごとの改善の見込みは?	改善の見込みない	_____				急ぎではない
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		コメント				
通いの場に行きたい	手すりがほしい、住宅改修希望				
寂しい	ベッド、車いすを借りたい				
掃除や買い物の支援を受けたい	デイサービスに行きたい				
集中的なりハビリを受けたい	リハビリに通いたい				
保健指導を受けたい	体調管理が心配				
不測の事態に備えておきたい	施設に入所したい				

サービス内容	総合事業	介護給付・予防給付	その他
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	(要介護・要支援認定の申請) <ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護サービス ・施設入所 ・地域密着型サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

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