

相談対象者 氏名		被保険者 番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
住所	大牟田市 (小学校区)		
電話番号			
相談者	☐ 本人 ☐ 家族等 () (続柄) ☐ 居宅介護事業所 () ☐ 居宅以外の事業者 () ☐ 連絡先電話番号 ()		

①窓口に来た目的を教えてください（複数回答可）

- ☐ 相談がしたい、困りごとがある
☐ 介護認定を受けたい（自分の意志、家族等に勧められた、医師・病院に勧められた）
☐ 介護サービスを使いたい
☐ 障害福祉サービスからの切り替え
☐ その他

--

②生活で困っていることはありますか（誰が・いつから・どのようなことに困っているか）

--

(裏面の記入をお願いします➡)

(以下は記入しないでください)

【 窓口担当者 記入欄 】 (担当者)

今回の対応	☐ 認定申請受付 17・障
	☐ 包括へ（中央・駛馬・三川・三池・手鎌・吉野） 16
来庁者に対して	☐ 短期集中説明済 ・ ☐ 短期集中同意済 ・ ☐ 短期集中希望なし
連絡先	本人 ・ 家族 () ・ 他 ()
電話番号	本人 ・ 家族 () ・ 他 ()
連絡希望日時等	
訪問先住所	同上 別の住所 ()

③生活の状況について教えてください（入院中の場合は、退院後の生活の見込み）

入院（6ヶ月以内）について		入院中	入院していない	
(病名)				
(期間)				
群	項目	A 欄	B 欄	
1 群	手足の麻痺や、肩・股・膝などの関節に拘縮がありますか。	ない	・少しある ・ある	★
	寝返りをうつことができますか。	できる	・つかまればできる ・できない	★
	5 m程度の歩行ができますか。 (歩行器や杖を使用している場合は、「つかまればできる」)	できる	・つかまればできる ・できない	★
	入浴の際、体を洗うことはできますか (入浴していない人は、シャワーや清拭できますか。)	できる	・介助が必要 ・できない	★
	手の爪や足の爪を切ることができますか。	できる	・介助が必要 ・できない	★
2 群	ベッドから車椅子、車椅子からトイレなどの移乗は自分でできますか。(移乗の機会がない人は、車の乗り降り等ができますか。)	できる	・介助が必要 ・できない	★★
	歯磨き・うがいができますか。	できる	・介助が必要 ・できない	★★
	排泄はできますか。	できる	・介助が必要 ・できない	★★
	衣服の着脱はできますか。	できる	・介助が必要 ・できない	★★
	洗顔や整髪はできますか。	できる	・介助が必要 ・できない	★★
3 群	季節の理解はありますか。	ある	・時々ある ・ない	★★
	直前の出来事や話した事について、忘れている事がありますか。	ない	・時々ある ・ある	★★
	外出して、自宅に戻れなかった事や、道が分からず迷子になったことはありますか。	ない	・時々ある ・ある	★★
B 欄の★の個数（合計）		個		
障害サービスの利用		なし	あり	