

介護保険相談票

作成日： 年 月 日

対象者氏名				被保険者番号		
生年月日	年 月 日 (歳)					
住 所	大牟田市					
	小学校区		包括センター	中央・手鎌・吉野・三池・三川・駛馬勝立		
電話番号						
相 談 者	☐ 本人 ☐ 家族等（来所者氏名：_____ 続柄：_____） ☐ 居宅介護支援事業所（_____） ☐ 医療機関、その他（_____）					
	本人以外の場合の連絡先電話番号					

1. 生活の状況に関することについて記入してください

① ご本人の状況

	項 目	A群	B群	
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	★
	寝返りを打つことができますか。	できる	つかまればできる／できない	★
	5m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ができますか。）	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★個数（合計）		個		

② 在宅生活でどのようなことに困っていますか

--