

受付チェックシート

記入日 年 月 日

1. 窓口に来た方

ご本人（対象者自身）氏名
 家族（同世帯）
 その他

2. ご本人は65歳以上ですか

65歳以上
 64歳以下（ 年 月 日生）

3. 現在、要介護認定を受けていますか

要支援 1・2
 要介護 1～5
 受けていない

4. 窓口に来た理由

医療機関（医師）に勧められた（通院中 入院中）

家族・友人に勧められた

足腰が弱ってきた、体力が低下してきた

その他

（ ）

5. 生活状況について

①歩けるか（歩行）
 できる
 つかまれば可
 できない

②着替えができる（更衣）
 できる
 一部助けが必要
 できない

③一人で入浴できるか（清潔）
 できる
 できない

④一人でトイレにいけるか（排泄）
 できる
 できない

⑤日常生活に支障のある物忘れがあるか
 ない
 ある

6. 使いたいサービスがありますか

訪問介護（ホームヘルプ）

訪問看護

通所介護（デイサービス）

訪問入浴

訪問リハビリ

通所リハビリ（デイケア）

福祉用具

短期入所（ショートステイ）

住宅改修

小規模多機能型

施設入所

※下線項目にチェックがなければ、総合事業の説明、基本チェックリストの実施へ

受付：市・第一包括・第二包括・居宅介護支援事業所（ ）

受付者：（ ）