

介護保険 / 介護予防・日常生活支援総合事業 受付票

本人氏名： / 窓口対応： \_\_\_\_\_

本人・家族記入欄

調査連絡留意事項

1. 家族の

氏 名	調査対象者との続柄
_____	_____
住 所	
_____	
電話番号	携帯番号
_____	_____

2. 申請時に把握できる調査対応不都合日（おおむね2週間以内:デｲバース、ショートステイ等）

\_\_\_\_\_

町記入欄

申請動機、申請に至った経緯など（簡潔に記入してください）

< 申 請 動 機 >

主治医からのすすめ    入浴が難しくなってきた    外出や社会交流が少なくなった

その他（ \_\_\_\_\_ ）

< 本人の状態と相談内容 >

歩 行：

排 泄：

コミュニケーション：

その他、特記：

<受診の状況について>

最終診察日： \_\_\_\_\_ / 今後の受診予定： \_\_\_\_\_

<結果送付先希望 あり・なし >

希望ありの場合、以下に送付先を記入

氏名： \_\_\_\_\_ / 住所： \_\_\_\_\_ / 電話番号： \_\_\_\_\_