**総合事業チェックシート**

受付日（　　　／　　　　）　　　　　　　　　　　　受付者名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　人 | 氏　　名 |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | 生年月日 | T・S 　　年　　　月　　　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 薩摩川内市　　　　　町 | | | | | | | | | | | | | 自治会名 | |  | | |
| 電話番号 | ― | | | | | | | | | | | | |
| 居住状況 | 独居・高齢者世帯・同居・同敷地・その他（　　　　　　　　　　　　　　）  施設入所（特老・老健・GH）・有料・サービス付・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護認定 | 新　規  更　新 | | | | 介護度 | | | | 支援１・支援２・介護１・ ２ ・ ***３ ・ ４ ・ ５*** | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | H 　　．　　　．　　　～H　 　．　　　． | | | | | | | | | |
| 代行申請 | 氏　名  (名　称) | ㊞ | | | | | | | | | | | | | 続　柄 |  | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【確認事項】  Ｑ１．現在の身体状況を教えてください。  Ｑ２．介護認定及び更新申請をするにあたって、どのようなサービスをお考えですか？  Ｑ３．そのサービスを利用する理由は、そのような身体的な困りごとが原因ですか？  Ｑ４．現在、病院受診に自分ひとりで行くことが可能な状況ですか？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況（Ｑ１） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 利用希望  （Ｑ２） | 困りごと（Ｑ３） | | | | | | | | | | | | | | | | | 通院可能  （Ｑ４） |
| 理　　　由 | | | | | | | | | | | | | | | | 判　定 |
| ***施設入所*** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 訪問介護 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 訪問入浴 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 訪問リハ |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 訪問看護 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 通所介護 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 通所リハ |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ***短期入所*** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 住宅改修 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 福祉用具 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 居宅療養 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |