

介護サービス利用質問票

【受付】令和 年 月 日 受付者()

対象者	氏 名	生年月日: T・S 年 月 日(歳)
	住 所	連絡先:
	要介護度	認定なし・申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3以上)
	有効期間	※認定中の方のみ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
代理人(本人 以外の場合)	代理人氏名	続柄: 連絡先:
	代理申請理由	入院(所)中・一人で歩けない・本人に依頼された・その他()

今後、利用を希望する介護サービス等について、お答えください。

項 目	確 認 事 項	該当に○を ご記入ください	
今後、利用 を希望する サービスの 内容	① 掃除や買い物等の日常生活上の支援を受けたい(続けたい)。		
	② 他者との交流や運動する機会をつくりたい(続けたい)。		
	③ 入浴や排せつの介助を受けたい(続けたい)。 ※入浴・排せつの困難な理由()		
	該当する口欄にレ点をご記入ください。		
	④ 次の介護サービスを利用したい(続けたい)。 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修		
	⑤ 施設へ入所・入居したい(続けたい)。 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		
	⑥ 町の福祉サービスを利用したい(続けたい)。 <input type="checkbox"/> ふれあいデイサービス <input type="checkbox"/> ふれあいホームヘルプ <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者おむつ支給等サービス(おむつ、理髪、寝具洗濯)		
⑦ <input type="checkbox"/> サービスの利用方法がわからない <input type="checkbox"/> 現在利用中のサービスを継続したい			
現在、介護サービス を受けていない方 (新規の方)	本人の状態(認知症状がある、病気やけがで入院中・療養中、外出時に介助が必要など)をお書きください。 <input type="checkbox"/> 現在、福祉サービス(ふれあいデイサービス・ふれあいホームヘルプ) を利用中		
現在、介護サービス 利用中の方 (更新の方)	現在、ご利用中の介護・福祉サービスを全てご記入ください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所中(入所先:) <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者おむつ等支給サービス		

①～③のいずれかに該当	基本チェックリストの実施対象者です。	
④・⑤のいずれかに該当	要介護認定の申請手続きをしてください。	
⑥・⑦のいずれかに該当する	福祉サービスの利用要件(要介護認定有無等)等、担当より説明。	

※介護予防・日常生活支援総合事業の説明について…………… 説明済 説明未
 ※基本チェックリストについて…………… 回収未 回収済(別紙のとおり)
 ※この質問票(及び基本チェックリスト)は、川越町地域包括支援センターへ情報提供されます。