

相談票

区分
新規・併用

リハ職同行訪問(あり・なし)

日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 分	
受付	対応者:	所属:
	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()	
担当包括名		

新規：サービス利用等について、初めて相談を受けた場合
併用：予防給付サービスと総合事業のサービスを併用利用する場合

【相談の概要】

相談者	ふりがな	対象者との関係	生年月日	年齢
	氏名:			歳
主訴・相談の概要	住所:		★おねがい★ 相談票を提出する前に 記入漏れ、誤字脱字がないか 再確認しましょう。	
	相談者が相談された内容を簡潔に記入			

【対象者の状況】

対象者	ふりがな	男・女	被保険者番号	生年月日	年齢
	氏名:			年 月 日	歳
サービス等	住所:		電話:		
	<input type="checkbox"/> 介護保険 () <input type="checkbox"/> サービス ()				
	<input type="checkbox"/> 申請中(月 日) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定 認定年月日: 年 月 日、有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 担当ケアマネジャー: 事業所:				
	総合事業: <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 届出中(月 日) <input type="checkbox"/> 未届出 <input type="checkbox"/> 届出予定 届出年月日: 年 月 日、有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 担当ケアマネジャー: 事業所:				
状況等	家族構成: 独居・同居あり		かかりつけ医: なし・あり → ()		
	ジェノグラム 【生活援助の根拠】 ①家族が疾病・障がい ②その他()		今までにかかった病気など:		
	記入漏れが多いため注意		<input type="checkbox"/> デイ等サービス利用時の医師への確認: ADL: 自立・その他 → () 障害: なし・あり → ()		
			認知症: なし・あり → 病名() 疑い → ()		
			生活保護受給: なし・あり → 担当CW()		
	確認は、ケアマネまたは包括の担当者が、直接医師に確認してください				

日付	担当	アセスメント等
<p>1 今回の届出時に必要な情報</p> <p>① 今までの経過（簡潔に） ② 現在の本人・家族等の心身・環境・生活状況 ③ 医療・受診状況、回復の可能性、予後 ④ 今後利用が予想されるサービス 等</p> <p>2 要介護認定の申請や基本チェックリストを実施した理由</p> <p>3 なぜそのサービスがその回数必要なのか等についてアセスメントした内容</p> <p>※ 利用サービスがデイ、ヘルパーだからという理由だけで「基本チェックリストで事業対象者」となっていないませんか？ → 基本チェックリストでは主治医の意見書がないため、サービス利用にあたり医師の意見や医療情報が必要な場合や、複数疾患がある、心疾患・脳血管疾患や精神疾患で病状が不安定、骨折を繰り返しておりハイリスクな方など、回復の可能性・予後を考慮し、今後、予防給付のサービス利用が予想される場合は、要介護認定の申請をおこなひましょう。</p>		
<p>困っていること</p>		<p>友達づくり・通いの場・その他（</p>
アセスメント後の評価	課題	<p>本人のニーズでなく、困っていることの「原因」を記入 生活機能が低下している原因は病気の悪化や薬の副作用であるのか、環境の変化なのか、家族関係・経済的理由等、より多くの対象者の情報収集に努める</p>
	改善点	<p>できるだけ元の生活状態に戻ってもらうため、落ちてきた生活機能を回復・維持するため、またセルフケア能力をつけるための手段としてサービスを利用するのであって、サービス利用が「目標・目的」とならないよう自立への支援・介護予防とは何か？を考慮したうえで記入</p> <p>（例）「△△を目指し、〇〇を改善するため、■■の支援を提案する。」 目標 課題(原因) 手段(サービス)</p>
総合的な方針 (生活不活発病の改善・予防のポイント)	<p>支援計画書の「総合的な方針」に記入する内容と同じ</p>	
利用するサービス	<p>支援計画書の「課題に対する目標と具体策の提案」に記入する内容と同じ</p> <p>・訪問型サービス：<input type="checkbox"/>訪問型サービスA、<input type="checkbox"/>訪問介護相当サービス ・身体介護 <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>認知機能低下(15分以上) <input type="checkbox"/>通院支援(通院日)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (例:訪問Aを事業所に断られた)</p> <p>・通所型サービス：<input type="checkbox"/>通所介護相当サービス <input type="checkbox"/>通所型サービスB(コミデイ名:) 通所型サービスC (<input type="checkbox"/>元気いっぱつ教室 <input type="checkbox"/>短期集中リハビリトレーニング)</p> <p>・その他の生活支援サービス：<input type="checkbox"/>栄養改善型配食(事業所名:)</p> <p>・予防給付：<input type="checkbox"/>レンタル <input type="checkbox"/>住宅改修</p> <p>その他のサービス ()</p> <p>・一般介護予防事業：()</p>	
※ 地域包括支援センター 確認欄	<p>担当包括名()</p> <p>確認者名： 確認日： 令和 年 月 日</p>	