聴き取り票【新規】

本人氏名	行政区（　　）	受付	

【1.申請をする上での事前確認事項】　＊必須

＊ ☐ 申請について本人は知っている

＊ ☐ 病院でリハビリ等のサービスを利用していない

※医療のリハビリを利用されている方（する予定のある方）は、介護保険のリハビリが優先となります。
詳しくはかかりつけ医にお問い合わせください。

【2.申請理由】

☐ 申請していると安心だから　　☐ 病院から勧められたから

☐ サービスを利用したいから　（　　）

☐ 本人の状態が良くないから

- ☐ 歩行する際に杖・手すり等が必要
- ☐ 一人で外出するのが難しい
- ☐ トイレ・お風呂等に介助が必要
- ☐ 認知症状がみられる
- ☐ 立ち座りに介助が必要
- ☐ その他

【3.調査先等】

☐ **病院**

入院理由（診断名等）　☐ 癌　（　　☐ 末期　）

☐ その他（　　）

詳細	※入院になった経緯・本人の状態等

☐ **施設**　施設名（　　）

☐ **その他**　☐ 自宅 ｛ ☐ 独居 / ☐ 同居人有り　（　　）

☐ 自宅以外（住所：　　）

病院受診予定日

（　　月　　日）

➡次回の受診日が2～3週間先になってしまう場合は、改めて受診の予約をお願いします。

【4.日程調整等の連絡について】

ご都合の良い時間　➡（　　）　☐ 何時でも可

【5.その他連絡事項】