在宅要介護者受入確認書＜居宅＞

受付日：　　月　　日

No.	

対象高齢者	フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日　　歳
	氏名		男・女	電話番号	（　　）
	住所			コロナ感染状況	濃厚接触者 ・ 陰性 ・ 疑い

■ 介護者について

コロナ陽性の介護者	フリガナ		続柄	コロナ発症日	年　　月　　日
	氏名			コロナ陽性判断日	年　　月　　日
	住所	□ 同上		今後の居所	自宅療養・宿泊所・病院 （　　）
				電話番号	（　　）

■ 保証人（緊急連絡先）

保証人	フリガナ		続柄	住所	□同上
	氏名			電話番号	（　　）

■ 対象者基本情報　□ケアマネサマリーで確認

主治医	医療機関名		主治医氏名	
	住所		電話番号	（　　）
担当ケマネジャー	氏名		事業所名	
	住所		電話番号	（　　）
要介護度	□ 未申請 □ 申請中 □区分変更中 □ 事業対象者 □ 要支援（ 1・2 ） □ 要介護（ 1・2・3・4・5 ）			

ADL情報	食事	自立・見守り・一部介助・全介助
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助
	着脱	自立・見守り・一部介助・全介助
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助
服薬状況	□ 管理（ 本人・家族・訪看・療養・施設 ）　□ 確認（ 手帳・処方説明書・現物 ）	

■ 添付書類　□ケアマネサマリー □ 居宅サービス計画書（第1～3表）□ 服薬内容　□ その他（　　）

■ 対応可能な在宅サービス事業所の確認

サービス利用期間	月　　日 ～　　月　　日

訪問看護ステーション	事業所名		担当者	
	住所		電話番号	（　　）
訪問介護事業所	事業所名		担当者	
	住所		電話番号	（　　）

■ 送付先　□訪問看護ステーション　□ 訪問介護事業所　□担当ケアマネジャーまたは高齢者支援センター
□市役所高齢者福祉課