

# 地域包括支援センターに相談する前の確認シート

## 1 本人の基本情報

氏名	
年齢	歳
住所	
電話番号	
暮らし方	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他( )

## 2 相談したいこと

- 物忘れが心配
- 一人暮らしが心配
- 買い物や家事が難しい
- 通院・服薬が不安
- 家族の負担が大きい
- 介護保険申請を考えたい
- 利用できる支援を知りたい

## 3 最近気になる変化

- 食事量が減った
- 薬の飲み忘れ
- 同じ話が増えた
- 転倒した・転びそう
- 郵便物や請求書がたまる
- 夜眠れていない

## 4 医療と薬

かかりつけ医	
通院先	
主な病気	
飲んでいる薬	

## 5 家族・連絡先

主に連絡を取る家族	
緊急時に動ける人	
近くに住む親族	
地域包括支援センター	

## 6 相談時に聞きたいこと

- 介護保険申請が必要か
- どんな支援が使えるか
- 何から始めればよいか

 メモ

.....

.....

.....

.....