

## 移送サービス新規利用受付時における確認事項

確認事項							
対象者	ふりがな氏名				世帯構成	単身・高齢者のみ世帯・日中独居・その他	
	住所				電話番号		
	緊急連絡先氏名				関係		
	緊急時電話				付添い人		
状態	要介護度	要介護 4・5			座位保持	不可・可 (可の場合利用できません)	
	身障手帳	無・有(種級)					
利用状況	利用日				利用時間		
	目的地	(※事業の目的上、目的地は自宅か病院に限ります)					
	目的	通院・入院・退院(病室 号室)・その他					
	移送方法	( ) ストレッチャー ( ) フルリクライニング型車イス					
医療情報	かかりつけ医				電話番号		
	現病歴				既往歴		
	伝染性疾患	無・有( )					
	処置	①留置			②輸液ライン		
	皮膚状況	①発赤疹	無・有	②かゆみ	無・有	③褥瘡	無・有
身体状況	視力	1 普通	2 やや悪い	3 人や物の動きがわかる	4 見えない		
	聴力	1 普通	2 大声で聞こえる	3 耳元で聞こえる	4 聞こえない		
	言語	1 普通	2 聞き取り困難	3 聞き取り不能	4 話せない		
	体重・体格	1 普通	2 やや重い	3 重い(持ち上げ困難)	4 背が高い		
	拘縮	1 なし	2 一部あり	3 軽度	4 重度		
住宅状況	家屋の状況						
	出入口⇄居室間の配慮すべき箇所						
	居室の場所	( ) 1階 ( ) 2階 ( ) 3階					
	出入口付近への駐車可否	可・否(駐車位置から出入口まで距離 )					
特記事項							

担当の居宅介護支援事業所	事業所名:
	電話:
	担当者: