

ふれあい収集面談の事前調査（FAXによる回答）

下記の項目について、ご記入ください。選択項目の場合は該当箇所に○印をつけてください。

令和 年 月 日

●申込者について

事業所名	
氏 名(ふりがな)	
住所または所在地	
電話番号（携帯）	
対象者との関係	担当ケアマネ・その他（ ）
ふれあい収集の申請経験	有 ・ 無

●対象者について

氏 名(ふりがな)	
住 所	檀原市 町 (戸建・集合住宅)
電話番号	自宅： 携帯：
生年月日・年齢	年 月 日生まれ 満 歳
対象者要件の確認 ※該当箇所には○を付けて下さい。	・要介護、要支援の認定を受けている。 ・総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)を受けている。 ・身体障がい者手帳の交付を受けている。 ・70才以上の高齢者
世帯情報	独居・同居 (続柄 氏名 年齢 歳)
緊急連絡先 ※該当箇所には○を付けて下さい。	・親族 続柄： - ふりがな 氏名： - 住所： - 電話番号： ・担当ケアマネ ・その他(氏名等は親族欄にご記入をお願いします)
介 護 認 定	有(要介護 級 要支援 級) ・ 無
身 障 手 帳	有(級 障がい内容) ・ 無
対象者の状態	・認知状況 () ・歩行状況(困難・補助具使用・歩行支障無し) ・その他特記事項 ()

●ごみ排出状況の確認

現在の排出場所	玄関前・門前・持出し場所（具体的に
現在の排出方法	本人・別居の親族縁者・近隣の人・ヘルパー（その他
ヘルパー有の場合	曜日・時間帯