

受付番号  
本・穂・三・堀・明・セ(中南北)  
—

調査日： 月 日 ( ) 時 分 調査員：

(新規・新規支援・区分変更申請) 受付票

申請対象者氏名：		被保険者番号		0	0	0								
受付： 年 月 日	受付者：本庁・穂高・三郷・堀金・明科・中央包括・南部包括・北部包括 氏名 ( )													
相談者(来庁者)	氏名 本人との関係 ( )													
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 同居者人員 名 夫 妻 子 子の配偶者 孫 他 主介護者 ( )													
調査の連絡先 * 調査立会い者 に☑を	<input type="checkbox"/> 同居家族(氏名 続柄 電話 連絡時間 時頃) <input type="checkbox"/> 別居家族(氏名 続柄 電話 連絡時間 時頃) <input type="checkbox"/> 以外の方(氏名 続柄 電話 ) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ、包括担当(氏名 事業所等 )													
申請区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号(特定疾病名 ) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(ケアマネに相談 有 無 ) 医療保険(国保 社保 その他( )) <input type="checkbox"/> 新規支援(ケアマネに相談 有 無 ) 支援の区分変更申請													
申請理由														
本人の状況等 ※認定調査場所 は何処になりま すか。 ①自宅 ②病院 ③入所中の施設 ④その他	<input type="checkbox"/> 在宅 駐車場有( )・無 <input type="checkbox"/> その他娘の家等(住所 ) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名 入所日 年 月頃) <input type="checkbox"/> 入院中( 病院 棟 号室 入院日 年 月 日 ) 退院予定 無 ・有( 月 日頃)・病院の相談員への相談 無 ・有 <b>身体状況</b> 移動(自立 杖等で自立 車椅子で自立 手引介助で移動 できない(車椅子介助等)) 排泄(自立 介助を受けトイレ等で行う オムツ等により全て介助(カテーテル、ストマ等)) 洗身(自立 一部洗ってもら 全て介助)・食事(自立 介助者が口に運ぶ 経管栄養) 着替(自立 一部介助を受ける 全て介助を受ける) 聴力(普通 やや悪い とても悪い 筆談が必要 )													
受付者連絡欄 医療訪問看護等 の利用有無 (有 無)	<b>認知症状</b> ・物忘れ(無 有(① 1日前の事を忘れる ・ ② ①と③の間 ・ ③ 10分前の事を忘れる ) ・その他症状(理解力低下 徘徊 易怒的 暴力 意欲低下 その他( )) <b>申請に至った主既往歴(骨折、脳梗塞、認知症等)</b> _____(昭和 平成 令和) 年 月 日頃 ( 疾病 受傷 発症 ) _____(昭和 平成 令和) 年 月 日頃 ( 疾病 受傷 発症 ) _____(昭和 平成 令和) 年 月 日頃 ( 疾病 受傷 発症 ) <b>主治医への最近の受診日</b> 令和 年 月 日受診・往診 申請についての相談 有・無													
サービスの利用 希望 ※希望にチェッ クをしてくださ い。	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <b>サービスの利用開始は</b> <input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 認定がでて以降 <input type="checkbox"/> 退院後													
特記事項 (※受付担当者様ここに空欄があ りましたら包括への連絡項目など 記載して下さい)	本人に話してはいけないこと、本人をはずして話したいこと、困っていることなどを記載してください。													
包括支援セン ターへの連絡 有・無	送 付 先 <input type="checkbox"/> 中央地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 南部地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 北部地域包括支援センター 地区担当 様 地区担当 様 地区担当 様											送 付 日	/	