

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 **記載例**

申請対象者氏名：安曇野 太郎 被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7

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 穂高 花子 本人との関係 ( 長女 )

家族状況  独居  老々世帯  同居者人員 名 夫 妻 子  
主介護者 ( )

AM8:30~PM5:15の間で  
ご都合のつく連絡先を  
ご記入ください。

調査の連絡先  同居家族 (氏名 続柄 電話 )  
 別居家族 (氏名 穂高 花子 続柄 長女 電話 090-0909-0900 連絡時間 午前 10 時頃)  
 以外の方 (氏名 続柄 電話 )  
 ケアマネ、包括担当 (氏名 事業所等 )

申請区分  1号  2号 (特定疾病名 )  新規  変更 (ケアマネに相談 有 無 )  
※ 2号→65歳未満 医療保険 ( 国保 社保 その他 ( ) )  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 入浴が困難となった為に、デイサービスに通わせたい。

本人の状況等  在宅 駐車場 (有 家の前の空き地) ・無  その他娘の家等 (住所 ※住民票以外の住所に居住の場合 )  
※認定調査場所は 何処になりますか。  
 入所中 (施設名 ※区分変更の方が記入対象となります 入所日 年 月 頃)  
 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

身体状況  
① 自宅 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) )  
② 病院 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) )  
③ 入所中の施設 洗身 ( 自立 一部洗ってもらう 全て介助 ) ・食事 ( 自立 介助者が口に運ぶ 経管栄養 )  
④ その他 着替 ( 自立 一部介助を受ける 全て介助を受ける )

受付者連絡欄 聴力 ( 普通 やや悪い とても悪い 筆談が必要 )

医療訪問看護等の利用有無 (有 無)  
認知症状  
・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 ( ) )

申請に至った主既往歴 (骨折、脳梗塞、認知症等)  
(昭和 平成 令和) 21年 8月 13日頃 パーキンソン症候群 ( 疾病 受傷 発症 )  
(昭和 平成 令和) 21年 2月 1日頃 胃がん骨転移 ( 疾病 受傷 発症 )  
(昭和 平成 令和) 年 月 日頃 ( 疾病 受傷 発症 )  
主治医への最近の受診日 令和 2年 9月 21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。  
 訪問介護  訪問入浴  通所介護  通所リハ  訪問看護  短期入所  
 住宅改修  施設入所 ( )  福祉用具購入 (ポータブルトイレ )  
 福祉用具貸与 (ベッド )  その他 ( )  
サービスの利用開始は  すぐに利用したい  認定前から暫定で利用したい

特記事項 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、困り利用したい  
胃がんの末期だが、本人は知らないなので伝えないでほしい。

包括支援センターへの連絡 有・無  
送付先  
 中央地域包括支援センター  南部地域包括支援センター  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 /