

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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) 医療保険(国保 社保 その他())								<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(ケアマネに相談 有 無) <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 身体状況 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)		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) 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) 主治医への最近の受診日令和 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() サービスの利用開始は <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		/			