

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
*調査立会い者に☑を
 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)
医療保険(国保 社保 その他()) 新規 変更(ケアマネに相談有無)
※2号→65歳未満 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。
①自宅
②病院
③入所中の施設
④その他
 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
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 一部洗ってもう 全て介助) ・食事(自立 介助者が口に運ぶ 経管栄養)

受付者連絡欄 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)
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) 4年 2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) 4年 8月 19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 5年 3月 29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 /