

新規利用者受付票

受付日	年 月 日
受付者	

フリガナ 本人氏名	生年月日	M T S	年 月 日	歳	
	性別	男性 ・ 女性			
本人住所			電話番号		
被保険者番号	認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中			
認定日	平成 年 月 日	計画作成機関			
認定有効期間	平成 年 月 日	担当者(CM)	(届出日 H . .)		
	~平成 年 月 日	事業所TEL			
利用料助成	三鷹市減免(有・無) 生保 原爆 その他	担当地域包括	弘済園・はなかいどう・野村病院・太郎		
病名・障害	病歴				
主治医					
主治医連絡先					
主たる介護者	続柄	連絡先(住所/電話)			
週間予定	月()	火()	水()	木()	
火()	金()	土()			
援助目標と通所の目的					
通所希望回数	回/週	希望曜日	月・火・水・木・金・土・いつでも可		
送迎希望	あり・なし	送り迎え	本人・家族・ヘルパー・その他	車椅子	
身体状況	日常生活自立度(J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)		家族介護状況		
移動 排泄 食事 更衣 整容 意思疎通 * その他介助の状況 * 臥床の必要性等			家族構成図 ○—□ 介護状況		
認知症の状態 行動障害等	認知症老人自立度 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M なし)				
特記事項	* 医師からの注意事項 * 担当者からの意見(配慮すべき点)等 * 服薬状況 * 受付時の対応等		備考(生活歴・職歴等)		
センター記入欄	利用区分	予防・通常通所・認知症対応 保険外言語	サービス開始日	年 月 日	
	決定曜日	月・火・水・木・金・土	利用料負担軽減	費用負担 10%・5%・生保・原爆	
	送迎	送迎方法	バス ワゴン 自家送迎	通所系	該当 ・ 非該当
		曜日	お迎え	訪問系	該当 ・ 非該当
			バス停		
			お送り		

受付区分：新規・再利用