

記入日: 年 月 日

ご利用者様	フリガナ		生年月日				
	氏名		明・大・昭 年 月 日 生まれ (男・女) (歳)				
	住所〒		TEL 携帯TEL				
ご家族連絡先	氏名		ご家族連絡先				
	住所〒		緊急連絡先				
介護保険被保険者番号			生活保護受給 有・無				
要介護度	事業対象者	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5				
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
かかりつけ医療機関		(医療機関名) (担当医) (TEL)					
現病・既往歴							
現在の状況							
視力	(左・右) 支障あり・なし		(眼鏡) あり・なし				
聴力	(左・右) 支障あり・なし		(補聴器) あり・なし				
言語	可・少し不自由・不自由・不可		構音障害・失語症				
話の理解	可・なんとか可・不可						
認知症状	重度・中度・軽度・なし						
麻痺	あり・なし		(部位)				
拘縮	あり・なし		(部位)				
感染症	あり・なし						
服薬状況	あり・なし		(デインにて服薬) あり・なし				
義歯	あり・なし		(義歯部分)				
食事	自立・一部介助・全介助 (アレルギー有・無)		常食・きざみ・ペースト				
トイレ	自立・一部介助・全介助		オムツ・パット・なし				
移動	室内	自立・一部介助・全介助		杖	あり・なし		
	室外	自立・一部介助・全介助		車椅子	あり・なし		
その他・特記事項							
ご希望の曜日・時間帯に ○をお願いします。	月	火	水	木	金	土	日 定休日
	3~4	3~4	3~4	3~4	3~4	3~4	
	4~5	4~5	4~5	4~5	4~5	4~5	
	5~6	5~6	5~6	5~6	5~6	5~6	
	6~7	6~7	6~7	6~7	6~7	6~7	
	7~8	7~8	7~8	7~8	7~8	7~8	
その他のご要望							
居宅介護支援事業所			TEL:				
ご担当ケアマネジャー様			FAX:				

※ ご記入いただけましたら 048-423-8047 までFAXをお願いします。