

【利用者情報】

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

○介護保険 未申請 申請中(年 月 日) 認定済み(年 月 日)

○要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

○主疾患 \_\_\_\_\_ 既往歴 \_\_\_\_\_

○ADL 自立 一部介助 全介助 ○医療行為の有無 有( ) 無

○栄養 経口 栄養剤 ○麻痺 有(部位: ) 無 ○気管切開 有 無

○現在の状態(可能な限り詳しくお願いします)

[ ]

○家族構成

[ ]

○緊急連絡先 \_\_\_\_\_  
名前 \_\_\_\_\_ (続柄: )

○利用申し込みに至る経緯、注意事項 等

[ ]

サービス内容:健康相談 日常生活看護 医療処置 認知症 リハビリ

【主治医】

医療機関名 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

【ケアマネ様】

フリガナ \_\_\_\_\_ 事業者名 \_\_\_\_\_ 事業者番号 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

○サ担希望日(可能な限り複数日お願いします) \_\_\_\_\_

○介入希望日(例:毎週○曜日○時~)

- 第1希望
- 第2希望
- 第3希望