

【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