

記入日 平成 年 月 日

利用者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明治	大正	昭和		
	氏名				年	月	日	(歳)	
	住所	〒 -							
	連絡先	電話 () 携帯 ()							
利用希望	ショートステイ デイサービス (月 火 水 木 金 土)								
介護保険	要支援 () 要介護 () 有効期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日 介護保険負担限度額認定証 無 有 (1段階 2段階 3段階) 生活保護								
生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症自立度	正常		a	b		a	b		M
申し込み者	ふりがな		続柄	連絡先					
	氏名			電話 ()	-				
				携帯 ()	-				
上記以外の 緊急連絡先	ふりがな		続柄	緊急連絡先					
	氏名			電話 ()	-				
				携帯 ()	-				
生活状況	家族状況	家族の名前	続柄	同居/別居					
				同/別					
				同/別					
				同/別					
				同/別					
居宅介護支 援事業所	事業所名 :			電話 ()	-				
	担当ケアマネージャー :			携帯 ()	-				
	住所 :			FAX ()	-				
病歴									
感染症	無 有 (疥癬 MRSA B肝 C肝 その他 [])								
アレルギー	無 有 ()								
主治医 情報	病院名								
	病院住所								
	主治医名								
	電話番号		() -						
薬	服薬	無	有 (お薬手帳 お薬表)						
	管理	可	不可						