

## 社外秘

【住所を入れて下さい】

【電話番号を入れて下さい】

更新者

## ◆利用者基本情報

利 用 者 情 報	フリガナ								性別	利用者コード						
	氏名	様 女														
	住所	〒 一							生年月日			年齢				
									昭和 年 月 日			歳				
	電話番号								サービス開始日	平成 年 月 日						
	要介護区分	被保険者番号							認定日	障害者手帳						
	要介護1									平成 年 月 日	種					
	保険者名	公費負担者番号								有効期限						
		公費受給者番号								平成 年 月 日	級					
										平成 年 月 日						
緊 急 連 絡 先	居宅介護支援事業所名							事業者番号								
	担当介護支援相談員							電話番号			FAX番号					
	家族1	続柄		名前					電話							
	家族2	続柄		名前					電話							
	家族3	続柄		名前					電話							
	主治医1	医療機関名称		科	Doctor	電話										
	主治医2	医療機関名称		科	Doctor	電話										
	家族構成図				生活・病歴(麻痺)等				服薬情報							
【その他】																

## 社外秘

様

住居の状況(間取り等)

鍵の預かり		なし			
生活状態					
援助の必要性					
歩行	自立				
食事	自立				
排泄	自立				
入浴	自立				
整容	自立				
意思疎通	自立				
聴覚	自立				
金銭管理	自立				
電話使用	自立				
その他	自立				
■ ■ ■ 注意事項 ■ ■ ■					
禁句・悪印象・嫌悪など		好印象・趣味・嗜好など			
		記憶障害	徘徊行為	不潔行為	攻撃行為
		なし	なし	なし	なし
● ● ● 連絡事項 ● ● ●					