

被保険者番号				フリガナ	生年月日				性別		
				氏名	(明大昭) 年 月 日				男女		
住所		〒 東京都 市				電話番号					
現在の状況	1・自宅で生活 (独居 日中独居)		主介護者(同居者)				続柄				
	2・入院中		病院名		病院		科				
	入院日		年 月 日		～		年 月 日		退院予定		
	3・施設入居中		施設名		入所日		年 月 日		～		年 月 日退所予定
4・利用サービス		(訪問介護 訪問看護 訪問リハビリ 通所リハビリ 通所介護 訪問入浴)									
健康保険	保険分類		1・国民健康保険		2・社会保険(本人・家族)		3・生活保護		4・その他		
	保険番号				交付年月日		平成 年 月 日				
	記号		番号		有効期限		平成 年 月 日				
	老人保健法医療受給者証		市町村番号				受給者番号				
介護保険	保険者番号				交付年月日		介護度		要支援1 要支援2 経過的要介護		
					平成 年 月 日				1 2 3 4 5		
	保険者				認定有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		申請中		
障害手帳		無し 有る (種 級)				取得年月日 年 月 日					
病歴											
主治医	医療機関				氏名				電話番号		
	通院頻度				通院方法						
ADL ・コミュニケーション(容易 困難) ・移乗(自立 杖 車椅子) ・排泄(自立 一部介助 オムツ) ・痴呆(無し 軽度 中度 重度) ・麻痺上肢(右 左) 下肢(右 左) ・食事(自力摂取 一部介助 見守り 全介助)											
居住状況 一戸建て 集合住宅(階) ・エレベーター(有り なし)											
同居家族		人		構成		居住階					
入浴	希望する 希望しない		機能訓練		希望する 希望しない		送迎方法		希望する 希望しない		
									送迎 希望時間 ; 頃		
服薬状況		有り 無し		薬名							
通所介護目的											
サービス希望曜日				介護予防				サービス開始日			
月 火 水 木 金 土				1ヶ月 日 利用希望				平成 年 月 日～			
備考									緊急連絡先		
									氏名		
									電話番号		
担当居宅介護支援事業所番号				担当居宅介護支援事業所名称				担当介護支援専門員		連絡先	
								CM		Tel	
										Fax	
担当包括支援センター				担当包括支援センター名称				担当介護支援専門員		連絡先	
								CM		Tel	
										Fax	