

申込日	年	月	日	申込者	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 本人・家族
-----	---	---	---	-----	----------------------------------	--------------------------------

お分かりになる範囲でご記入ください。状況の分かる書類を添付いただける場合には該当箇所への記載は不要です。

居宅支援 事業所	事業所名				担当CM	
	住所	〒				
	TEL		FAX		事業所番号	

【利用者基本情報】

(ふりがな) 利用者氏名			生年月日	年	月	日
			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢 歳
住所	〒			<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 日中独居	
				電話番号		
緊急連絡先1	氏名		電話番号			続柄
緊急連絡先2	氏名		電話番号			続柄
現状	入院(所)施設名、使用中の医療機器など		家族構成	キーパーソンに※印、同居家族を○で囲む		

【主治医】

医療機関名			主治医名	
診療科		受診頻度	電話番号	
主病名				
既往歴				
治療薬				

【保険情報】

介護 保険	要介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中			申請日：
	認定日		有効期間	～		
	保険者番号		被保険者番号		負担割合	
医療 保険	保険者番号		記号		番号	負担割合
	公費	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> マル障 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【希望サービス情報】

希望 サー ビス 内容	<input type="checkbox"/> 健康相談（病状観察、血圧測定など）	希望曜日※希望の時間帯に○をつけてください				
	<input type="checkbox"/> 日常生活の看護（清潔ケア、その他）	月	火	水	木	金
	<input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置（カテーテル交換など）	AM				
	<input type="checkbox"/> ターミナルケア	PM				
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度				
備考	他のサービス利用状況（訪問曜日・時間帯・頻度）、その他要望、コメント					