<table>
<tr><td>現在の状況</td><td colspan="6">1、自宅で生活　イ、主な介護者は
ロ、医療機関受診は　（ している ・ していない ）
医療機関名（　　）　年　月　日より
2、入院中　医療機関名（　　）　年　月　日より
3、施設利用中　施設名（　　）　年　月　日より
4、その他</td></tr>
<tr><td>退所後の生活
(入所の場合)</td><td colspan="6">1、自宅　主な介護者（　　）その関係（　　）
2、他施設利用（　　）
3、特養申請中（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">健康保険</td><td colspan="6">1、国保（本人・家族）　2、社保（本人・家族）　3、その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">保険者番号　　記号
交付年月日　有効期限　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">介護保険</td><td>第1号被保険者(65歳以上)</td><td>被保険者番号</td><td>保険者番号</td><td>要介護認定区分</td><td>要支援・1・2・3・4・5</td><td>認定の有効期限
平成　年　月　日
平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>第2号被保険者(40～64歳)</td><td>被保険者番号</td><td>保険者番号</td><td>要介護認定区分</td><td>要支援・1・2・3・4・5</td><td>認定の有効期限
平成　年　月　日
平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">身体手帳　無 ・ 有（　種　級）　取得年月日（　年　月　日）</td></tr>
<tr><td colspan="6">住宅の状況　一戸建て
集合住宅（　階・エレベーター 有・無）階段 有（約　段）・無</td></tr>
<tr><td colspan="6">年　金　制度（国民・厚生・共済）
種類（老齢・障害・遺族・その他（　））</td></tr>
<tr><td colspan="6">利用料の支払者　本人 ・ 申請者 ・ 保証人　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">生活保護を受給されていますか　している ・ していない
※受給されている方は、役所名（　）担当者（　）TEL（　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">在宅サービス
利用経験のあるサービスについて○をし、その頻度を記入してください。
1、往診週　週 ・ 月　回　7、ショートステイ　日間／月
2、訪問介護(ヘルパー) 週 ・ 月　回　8、福祉用具貸与
3、訪問看護　週 ・ 月　回　品目（　　）
4、訪問入浴サービス　週 ・ 月　回
5、デイサービス　週 ・ 月　回　9、その他（　　）
6、デイケア　曜日　施設名（　　）
施設名（　　）　電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">ケアマネージャー　※氏名（　）事業所（　）電話番号（　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">老人保険施設への要望があれば記入願います。</td></tr>
<tr><td colspan="6">※施設記入欄</td></tr>
</table>