

現在の状況		1、自宅で生活 <input type="checkbox"/> イ、主な介護者は ロ、医療機関受診は (<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> 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														
退所後の生活 (入所の場合)		1、自宅 主な介護者() その関係() 2、他施設利用 () 3、特養申請中 ()														
健康保険		1、国保 (本人 ・ 家族) 2、社保 (本人 ・ 家族) 3、その他()														
		保険者番号				記号										
		交付年月日		有効期限		年		月		日						
介護 保険	第1号 被保険者 (65歳以上)	被保険者 番号							保険者 番号							
	要介護 認定区分	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						認定の 有効期限	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	第2号 被保険者 (40～64 歳)	被保険者 番号							保険者 番号							
	要介護 認定区分	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						認定の 有効期限	平成	年	月	日	平成	年	月	日
身体手帳		無 ・ 有 (種 級) 取得年月日(年 月 日)														
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														
年金		制度 (国民 ・ 厚生 ・ 共済) 種類 (老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ その他 ())														
利用料の支払者		本人 ・ 申請者 ・ 保証人 その他()														
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()														
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()														
ケアマネージャー		氏名()事業所()電話番号()														
老人保険施設 への要望があれば記入願います。																
施設記入欄																