御利用者様情報（差し支えない範囲で結構です）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 様　（　男　・　女　） | | | | | 要介護度 | |  |
| 生年月日 | | T　・　S　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | 年齢 | | | 歳 | |
| 認知症 | | なし　・　軽度　・　重度　（行動障害等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 身体状況 | |  | | | | | | | |
| 病歴 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 既往歴 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| 子供と同居　・　夫婦のみの世帯　・　独居　（　子供は近隣に居住　・　遠隔地居住） | | | | | | | | |
| 自宅TEL |  | | | | | | | | |
| 形態 | 戸建て　・　戸建て以外 | | | 駐車スペース | | | あり　・　なし | | |
| 主な介護者 |  | | | 公費利用 | | | あり　・　なし | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | |
| 利用頻度 | | | | | | | | | |
| 利用曜日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　・　不定期（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 入浴 | あり　・　なし | | 宿泊 | | | あり　・　なし | | | |
| 利用開始予定日 | 平成　　　　　　年　　　　月　　　　　日頃～ | | | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー様情報 | | | | | | | | | |
| 御芳名 | 様（携帯） | | | | | | | | |
| 貴事業所名 | （電話） | | | | | | | | |
| その他  連絡事項等 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**FAX送付お願い致します。**