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。**