

# 利用者情報依頼書

様

事業所名

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			男性	生年月日		
氏名						歳
住所				電話番号	—	
フリガナ		続柄	同居	家族構成		介護者状況
介護者氏名			有・無			
住所	〒					
電話番号						
フリガナ		続柄	同居			
緊急連絡先 氏名			有・無			
電話番号						
世帯状況	単身・ご夫婦2人・その他( )			生活保護	有・無( CW)	
住居環境	一戸建て・マンション・アパート1階(エレベータ有・無)・階段等障害(有・無)					

要介護度			有効期間	
被保険者番号	-		認定年月日	
保険者			給付割合	給付制限 1割・2割・3割
日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
医療保険				
身体障害者手帳	有・無	種級		
その他手帳	有・無			

## サービス依頼内容(希望)

サービス種別	具体的な依頼内容(利用目的・頻度・提供時間・サービス内容等)	開始日

## これまでの経過および生活上の課題

かかりつけ医療機関	
-----------	--

主治医	医院	科	Dr	月/	回	通院
TEL	—	—	FAX	—	—	—
処置内容	尿道カテーテル・人工肛門・インシュリン・胃ろう・鼻腔栄養・褥創・酸素療法・人工透析・気管切開・人工呼吸器					
共通診断書	有(記入日)・無・依頼中					
既往歴 現病歴等						