

# 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
T E L	-	-	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						