

ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	()
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	()
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	()
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	()
睡眠	良好 ・ 不良	睡眠時間 時 ~ 時
コミュニケーション	良好 ・ 不良	
視覚		眼鏡使用 有 ・ 無
聴覚		補聴器使用 有 ・ 無
服薬管理		
金銭管理		
嗜好品		
麻痺	有 ()	・ 無
アレルギー	有 ()	・ 無
生活史	出身地： 学歴： 職歴： 結婚歴： その他(成育環境について詳しく)	

関係機関情報			
CM	事業所		担当者名
	住所		
	電話		FAX
その他	事業所		担当者名
	住所		
	電話		FAX
サービス利用状況			

※ケアプランをFAXいただけない場合は、お手数ですがご記入ください。

保険情報 お手持ちの保険証等に○をつけて下さい	
保険種類	社会保険 ・ 国民健康保健 ・ 生保
	高齢受給者証 (1割 ・ 3割) ・ 後期高齢受給者証 (1割 ・ 3割) ・ 標準負担限度額認定証
公費	特定疾病難病医療費助成 (○都) ・ 心身障害者医療費助成 (○障)
	自立支援受給者証 ・ その他公費 ()
手帳	障害者手帳 (種類 等級) ・ 障害福祉サービス (区分)
介護保険	介護保険証 (無 ・ 有) 介護保険負担割合証 (1割・2割) 介護度： (要支援 要介護)
経済状況	* 年金等あれば、ご記入願います。

※訪問時間の指定はお受けできません。
 基本的に訪問時間の連絡は直前になりますのでご了承ください。
 ※ご記入頂きました個人情報は、第三者に譲渡・公開することはいたしません。
 また正規の目的以外には使用いたしません。