

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
麻痺	有 () ・ 無		
服薬管理			
嗜好品			
金銭管理			
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、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。

平成27年7月1日 作成