

A D L	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
感染症	結核	B型肝炎 C型肝炎
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		F A X	
その他	事業所		担当者名	
	住所			
	電話		F A X	
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 ・ 生活保護		
	後期高齢者被保険者証 (1割・3割) ・ 健康保険高齢受給者証 (割) ・ 限度額適用認定証		
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)		
	自立支援医療受給者証 ・ その他公費 ()		
手帳	障害者手帳(種類 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。

2023年4月1日 作成