

フリガナ		男・女	生年月日(年齢)
利用者氏名			月 日 生 (歳)
要介護度	初回認定・更新	被保険者番号	
介護保険負担割合証	1割・2割・3割		
退院(所)・初回認定日	年 月 日(病名:)(医療機関名:)	
住所	〒 () TEL ()		
緊急連絡先	〒 (続柄:) TEL ()		
現病歴・診断名			
合併症		既往歴	
A D L	食事	排泄	
	移動	入浴	
	疎通	認知症	
希望	本人	家族構成	
	家族		
主治医	医療機関	医師名()	
	TEL	FAX	
事業所	事業所	担当ケアマネ名 ()	
	TEL	FAX	
他のサービスの利用状況			
備考(例えば、日常生活でお困りの点や、リスク管理等もご記入ください。)			