

申込用紙 / 事前調査票①

作成日 年 月 日

ご利用者情報	フリガナ		性別	事業者名		
	氏名		男・女	電話番号		
	生年月日	M・T・S 年 月 日 ()歳		介護支援専門員		
	住所		介護度	支1・2 介1・2・3・4・5		
			認知症	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
			生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C		
	負担限度額認定証	あり () ・ なし ・ 申請中	認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
	生活歴	家族構成				
	主介護者	氏名: ()	介護状況 常時・時々・日中・夜間のみ・その他			
	緊急連絡先①	氏名: ()	住所			
緊急連絡先②	氏名: ()	住所				
サービスの利用状況	訪問介護・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴・通所介護(週 回)・短期入所生活介護 生活保護・身障手帳 種 級・その他 ()					
医療情報	主治医	病院名	主治医	Dr () 科		
		電話	通院 往診 薬のみ	定期 不定期	回/月 週	
	緊急時の希望搬送先	<input type="checkbox"/> ()	電話 ()			
		<input type="checkbox"/> ()	電話 ()			
	高度な医療	あり・なし・その他				
	既往歴	薬 服薬管理 (可・不可)				
	浮腫	なし・あり 部位 ()	アレルギー	なし・あり ()		
	麻痺	なし・あり 右(上・下) 左(上・下)	皮膚病	なし・あり ()		
	拘縮	なし・あり 部位 ()	感染症	なし・あり ()		
	転倒経験	なし・あり ()				
褥瘡	なし・あり 部位 ()	処置の頻度 ()				

