

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)		

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。
----------	------------------------------------

関係先情報			
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	

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 (有 ・ 無) → 介護度 (要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5)
経済状況	*年金等あれば、ご記入願います。

※初診はご希望の日程で調整いたしますが、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2月1日 作成

確認事項			
配薬	有 ・ 無	処方箋保管場所	
配薬依頼薬局	薬局名： 電話番号：		住所： F A X：
鍵預かり	有 ・ 無	本人開鍵	可 ・ 不可
支払い方法	銀行 ・ 郵便 ・ 生保		
駐車場所			
自宅の特徴	表札（有 ・ 無）		
初診同席希望	有 ・ 無	同席希望者（	）
朝の時間連絡	有 ・ 無	希望者（	）
その他			
その他連絡先		その他連絡先	
カナ	続柄	カナ	続柄
名前		名前	
住所		住所	
電話		電話	