

氏名	フリガナ		西暦 年 月 日		居室事業所名		担当者名			
			男 ・ 女 歳		電話 ・ FAX ( ) - ( ) -					
住所	〒 -		被保険者番号		保険者名称		市 町 村			
			認定年月日 令和 年 月 日		保険者番号					
被保険証住所	上記と異なる場合記入		交付年月日 令和 年 月 日		負担割合		割			
連絡先	自宅 ( ) -		介護保険認定		要支援 1・2 事業対象者		要介護 1・2・3・4・5 申請中			
	家族 ( ) - 様方		認定有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
希望日程	利用希望時間	月	火	水	木	金	土	日常生活自立度		
	午前							障害高齢者の日常生活自立度		
開始希望日	午後							認知症高齢者の日常生活自立度		
年 月 日								身長 CM ・ 体重 kg 計測日 年 月 日		
医療機関	病院 科 医師		心身状況		体型・姿勢					
	病院 科 医師									
	病院 科 医師									
既往歴	年 月 日		ADL状況		自立		見守り			
	年 月 日				一部介助		全介助		備考(状態・使用器械等)	
	年 月 日				食事					
	年 月 日				排泄					
	年 月 日				更衣					
障害者手帳	年 月 日		入浴							
	年 月 日		立位							
	障害名 ( )種 ( )級		歩行							
	県 第 号 交付 年 月 日		移動							
			会話							
認知症診断	有 ・ 無 有の場合		診断日 年 月 日		視覚					
	・アルツハイマー型 ・脳血管性 ・レビー小体型				聴覚					