

担当CM	事業所名					ご担当	様				
	電話番号					FAX番号	()				
ご利用者様	ふりがな					性別	(男 ・ 女)				
	氏名	様				生年月日	年 月 日 (歳)				
	住所										
	電話番号					電話番号2					
緊急連絡先	ふりがな					続柄					
	氏名	様				電話番号					
	住所										
世帯構成	日中 (同居 ・ 独居) 夜間 (同居 ・ 独居)										
介護保険	認定区分	申請中 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5									
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				認定年月日	年 月 日				
						交付年月日	年 月 日				
	被保険者番号					保険者名称	保険者番号				
	自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割				生活保護	☐ なし or ☐ あり (担当CW :)				
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度					認知症高齢者の日常生活自立度					
	自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2					自立、I、IIa、IIb、IIIaIIIb、IV、M					
医療情報	医療機関名						診療科目				
							主治医				
希望の 曜日・時間・ サービス内容		月	火	水	木	金	▼希望の曜日・時間に○をお願い致します。※指定希望時間がある際には記載をお願い致します。				
	8時~10時										
	10時~13時										
	13時~16時										
	16時~18時										
	指定時間										
	ご利用者様 アセスメント 詳細情報	【主な疾患名】									
【移動動作】 ☐ 歩行（補助具：独歩・杖・歩行器） ☐ 車椅子 【排泄動作】 ☐ 自立 or ☐ 介助											
【感染症】 ☐ なし or ☐ あり ()											
【医療行為】 ☐ なし or ☐ あり ()											
【アレルギー】 ☐ なし or ☐ あり ()											
【コミュニケーション】 ☐ 問題なし or ☐ 問題あり (難聴・言語障害・その他 :)											
【異性介助】 ☐ OK or ☐ NG 【ペット】 ☐ なし or ☐ あり 【喫煙】 ☐ なし or ☐ あり											
【金銭管理】 ☐ 自立 or ☐ その他 ()											
【鍵の管理】※キーボックス等の有無 ☐ なし or ☐ あり ()											
【その他特記事項】											