

通所リハビリ・短期入所利用者情報

利用者希望者	ふりがな		生年 月日	明 大 昭	年 月 日 / 歳		
	氏名	男 女					
	住所	〒 電話：			戸建て・集合住宅・間借 独居・同居 階 EV (有・無) 自室 (有・無)		
	医療	医院・病院名			医師名		
介護状況	要介護度	1・2・3・4・5 要支援1・2 申請中	有効期間(認定日： 年 月 日) 平成 年 月 日 ～平成 年 月 日		居宅介護支援事業所		
				担当ケアマネジャー			
現在のサービス利用状況 (自宅・入所・入院)							
社会参加							
主介護者	氏名		続柄		職業		
	住所	〒 電話：					
連絡先		氏名	年齢	続柄	世帯	電話番号	備考
	①				同・別		自宅・携帯・職場
	②				同・別		自宅・携帯・職場
	③				同・別		自宅・携帯・職場
	④				同・別		自宅・携帯・職場
	⑤				同・別		自宅・携帯・職場
家系図等							
リハビリ等の希望	利用者						
	御家族						
食物アレルギー		無・有					
薬剤アレルギー		無・有					

