

貴事業所名		電話番号	
担当者氏名		FAX番号	

利用者情報

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
氏名	様		生年月日	年 月 日		
住所	〒		TEL			
			携帯			
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()		主介護者			本人との関係	
医療機関名			主治医名			
保険区分	<input type="checkbox"/> 介護保険 (被保No. :)		<input type="checkbox"/> 自費		負担割合	割
	<input type="checkbox"/> 医療保険		<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保			
	<input type="checkbox"/> 公費負担		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他 :			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 決定 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2)					
	認定日	年 月 日	認定期間	年 月 日	~	年 月 日
日常生活自立度 (寝たきり度)				認知度		
疾患名						
既往歴						
病状等現在の状況						
医療管理の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱					
	<input type="checkbox"/> その他 :					
介護状況	介護者の状況	身体的状況 (良・普通・不良)		精神的状況 (良・普通・不良)		
	状況の詳細					
社会資源利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他 :					
訪問看護サービス依頼内容						
希望サービス	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ		希望頻度	回 / 週・月 (分)		
希望曜日	(月・火・水・木・金・土)		希望時間帯			