患者基本情報

記載日	年	月	日	記入者	事業所 担当者名		
更新日	年	月	日		TEL		FAX

ふりがな 氏名	□男 □女	生年月日 年　月　日　歳	家族構成：同一世帯は○で囲む キーパーソンは★をつける
住所		電話番号	
連絡先（優先順位の高い方から）			
①氏名 ふりがな	続柄	住所	
		電話番号 ①日中 ②夜間	① ②
②氏名 ふりがな	続柄	住所	
		電話番号 ①日中 ②夜間	① ②
③氏名 ふりがな	続柄	住所	家族が困っていること・その他:
		電話番号 ①日中 ②夜間	① ②

住　環　境	□自宅　□借家　□マンション・アパート　自室（　　階）				
経済状況	□年金　（□国民年金　□厚生年金　□障害年金）　□その他				
公費負担	□生活保護（担当CW　　）　□自立支援医療（□更生 □育成 □精神） □障害者手帳（□身体　□精神・療育　種　級・　度）　□特定疾患				
担当CM （相談員）		事業所名		電話番号	
要介護度	□未申請　□新規申請中 □区分変更中	□要支援（１・２）　□要介護（１・２・３・４・５）　□事業対象			
サービス 利用状況	□訪問介護　回/週 □通所介護　回/週 □通所リハ　回/週 □ショートステイ　日/月	□訪問看護　回/週 □訪問リハ　回/週 □福祉用具 □障害福祉サービス		□その他	

傷病名/既往歴	年齢	医療機関名（診療科・主治医）	通院 ・ 訪診

【ご自宅での生活の様子】	【どんな暮らしをしたいか・どう生きたいか について】