

フリガナ			男 女	生年月日
氏名				
現住所	〒			年 月 日 歳
	TEL			
調査日		紹介者		
居宅介護支援事業所				
介護度数	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
医療保険	1割 2割 3割	被保険者番号		
公費負担				

本人情報

治療中の病気	
かかっている医療機関	(通院 入院中)
既往症	
看護処置	
麻痺	
視力状態	
聴力状態	
意思決定	
状況の認知	問題 なし あり
生活自立度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症自立後	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

家族状況

家族/後見人	氏名・(続柄)	年齢		住所/TEL
キーパーソン		歳	同居 別居	
		歳	同居 別居	
		歳	同居 別居	

特記事項

--