

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

施設名 /

必須	相談日	年 月 日 ()				前回 /	
	本人の状況	施設名					
		退院(所)日	年 月 日	世帯状況			
	フリガナ			性別	年 月 日		
	氏名				才		
住所			TEL				
				FAX			
介護保険	交付		年 月 日	認定	年 月 日		
認定情報	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			
前回認定	認定有効期間		R 年 月 日 ~	年 月 日			
経済状況	住環境	自室	住改	障害等認定			
	氏名	続柄	住所/連絡先 (TEL)		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性、●■=死亡 K=キーパーソン、M=主介護者、S=副介護者 (同居家族は○で囲む)		
相談者							
緊急連絡先							
家族関係等の状況							
特記							