



ふりがな		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成
名前				
住所	〒			
連絡先	自宅 ( )		携帯 ( )	
認定度	区分 1・2・3・4・5・6			
家族	名前		続柄	住所(連絡先)
	1			TEL ( )
	2			TEL ( )
	3			TEL ( )
	4			TEL ( )
	5			TEL ( )
	6			TEL ( )

入居者様の状況

日中の活動場所	名前	住所	Tel
主な疾患	有 (名前 ) 無		
かかりつけ医	病院名	主治医	Tel( )
服薬管理	自立 ・ 要確認 ・ 全介助 その他 ( )		
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ( )		
排泄	自立 ・ 要確認 ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ( )		
移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ( )		
意思疎通	問題なし ・ やや困難 ・ かなり困難 ・ できない		
アレルギー	有 (何に対して ) ・ 無		



**Fax 番号**  
06-6933-8541 へ送ってください。

