

氏名	カナ	年齢	性別	介護認定 無・申請中 要支援・介護 (1・2・3・4・5)
	生年月日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	年 月 日	電話番号		
保険証	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 公費の有無 (生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 限度額適用認定証)			

●申込者

氏名	電話番号
----	------

●ケアマネージャー

氏名	電話番号
事業所	FAX

●病気について

主病名 (経緯・状況)	かかりつけ医
家族背景・キーパーソン (続柄)	生活状況・医療処置
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他 (同居: 計 名)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 医療麻薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 他

●ご本人・ご家族の要望 (他、連絡事項など)