

利用料 支払 方法	1. 全額本人負担 2. 一部親族負担 3. 全額親族負担	2、3の場合 親族様のご連絡先					
		〒 ー					
		電話番号					
		氏名					続柄
家族の状況	氏名		続柄	電話番号		住所	
身元保証人	氏名			続柄		生年月日	
	住所	〒 ー					
	勤務先				電話番号		
	氏名			続柄		生年月日	
	住所	〒 ー					
	勤務先				電話番号		
生活状況	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養 食事形態（普通・きざみ大・きざみ小・ミキサー・トロミ必要） むせ込み（有り・無し）					
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 歩行・杖・歩行器・車椅子・その他（ ）					
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他（ ）					
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 一般浴・座浴・寝台浴					
	着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助					
	視力	普通・見えにくい（右・左）		聴力	普通・聴こえにくい（右・左）		
	意思疎通	可能・時々可能・不可能		感染症	無・有（ ）		
	認知症	無し・有り（ ）					
健康状態	現在治療中の病気		病院名：				
	既往歴						
担当ケア マネジャー	事業所名						
	担当ケアマネジャー						
	連絡先						

※ご質問やご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。