

情報提供書

特別養護老人ホーム ○○荘

ふりがな			生 年 月 日					
本人氏名	(男・女)		T・S 年 月 日 (歳)					
住 所	〒 電話							
緊急連絡先	氏 名	(男・女)		年齢 (歳) 続柄 ()				
	住 所	電話						
同居家族の状況	氏 名	性 別	生年月日	年 齢	続柄	職 業	健康状態	主な介護者に○印
		男・女			本人			
		男・女						
		男・女						
		男・女						
		男・女						
家族構成	家族構成図			家族の介護状況・問題点				
ADL状況								
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他 【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス(A・B・C・D) <input type="checkbox"/> 通所型(A・B・C)							
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前8:00~午後6:00(日中) <input type="checkbox"/> 午後6:00~午後10:00(夜間) <input type="checkbox"/> 午前6:00~午前8:00(早朝) <input type="checkbox"/> 午後10:00~午前10:00(深夜)						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	有・無	購入物品 ()					
	<input type="checkbox"/> 住宅改修	有・無	工事箇所 ()					
	記入者氏名			事業所名				