

調査担当者	登録No	登録年月日	令和 年 月 日
-------	------	-------	----------

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)				
	氏名								
	住所	〒 -				電話			
						携帯			
	介護認定：有 (要) ・ 無		期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			コピー			
障害者手帳：有 <small>身体療育精保</small> () ・ 無		程度：			✓				

介助者	フリガナ		住所	〒				
	氏名							
	電話	携帯電話			続柄			

緊急連絡先	フリガナ		住所	〒				
	氏名							
	電話	携帯電話			続柄			

利用目的	1. 病院の通院・お見舞い	世帯状況	1. 独居	身体状況	1. ツエ歩行
	2. 買物・食事		2. 夫婦暮らし		2. 自立歩行
	3. 理髪・入浴		3. その他		3. 車イス (本人・センター)
	4. その他(散歩・観光・墓参り)				4. その他
					5. 対応車輦 号

か病 か院・ つけ 施設	名称	住所	〒	電話	
	名称	住所	〒	電話	
	名称	住所	〒	電話	
	名称	住所	〒	電話	
	名称	住所	〒	電話	

持病の状況等					

紹介者	氏名	住所	〒	電話	
-----	----	----	---	----	--

ケアマネ	事業者名	住所	〒	電話	
	担当者名			携帯	

サービス	事業者名	住所	〒	電話	
	担当者名			利用曜日	

ヘルパー	事業者名	住所	〒	電話	
	担当者名			利用曜日	

同乗者記入欄

同乗者	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		
同乗者	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		
同乗者	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		

備 考

民生委員							
氏名			(電話)			校・地区社協	
その他の親族等							
連絡先	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		
住居の状況等							