

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1	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. 対応車輛 号

か病 か院 か つ け 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

その他の介助者記入欄

介助者 2	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		
介助者 3	フリガナ			住所	〒		
	氏名						
	電話		携帯電話		続柄		
介助者 4	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							