

※判定会の参考資料になります。空欄が多い場合、判定会にかけられません。

氏名		男・女	明治 大正 昭和												
				年　月　日 (　　　)歳											
住所							電話								
保険種類	後期高齢者	国保	社保	船員	番号()										
年金他	国民年金	厚生年金	共済	遺族	その他収入(約月／万他収入／万)										
身障手帳	無有(種級)取得(昭和・平成)年月日 障害名()														
介護保険	居宅介護支援事業所担当事業者電話番号														
	有効期間			要介護度			使用したサービス								
減額認定	該当・非該当			食費			円／日			居住費			円／日		

※就労されている方は、勤務先の企業名をご記入ください。 ※定年退職された方は、定年前に勤務されていた企業名をご記入ください。また、定年後アルバイトやパートをしている場合は、定年前の企業名＋現在の就労先もご記入ください。	1 続柄 ()
	住所
	電話番号
	携帯番号
	勤務先
	勤務先電話番号
	退職前の勤務先
	2 続柄 ()
	住所
	電話番号
	携帯番号
	勤務先
	勤務先電話番号
	退職前の勤務先
	3 続柄 ()
住所	
電話番号	
携帯番号	
勤務先	
勤務先電話番号	
退職前の勤務先	
特記事項: キーパーソン、家族関係など ※こちらの欄のご記入は結構です。	4 続柄 ()
	住所
	電話番号
	携帯番号
	勤務先
	勤務先電話番号
	退職前の勤務先

・兄弟(姉妹)の人数/何番目 ()		・配偶者と結婚した時期()	
・出生地 ()		・結婚した頃の配偶者の職業(企業)名()	
・最終卒業校 ()		・独居になった時期(独居の方のみ)() 年頃	
・本人の職業 ()		・配偶者が他界された年() 年	
・今までに患った、大きなご病気や入院歴をご記入ください。			
病名		入院先	発症時期
病名		入院先	発症時期
病名		入院先	発症時期
病名		入院先	発症時期
病名		入院先	発症時期
・介護の状況について(施設やサービスの利用状況)についてご記入ください。			
施設・サービス		利用期間	
施設・サービス		利用期間	
施設・サービス		利用期間	
施設・サービス		利用期間	
施設・サービス		利用期間	
・ケアさせていただく上で参考にさせていただきますので本人様の性格やご趣味などについて教えていただけたら幸いです。			
・何かご希望やご意見などございましたらお教えください。(自由欄)			