

# 患者情報

様式2

記入日 年 月 日

## <基本情報>

フリガナ 患者氏名	様	性別	生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所				
連絡先				
生活状況	独居 ・ 同居 ( )			
家族構成と キーパーソン	氏名	続柄	連絡先	(同居・別居)
	氏名	続柄	連絡先	(同居・別居)
	氏名	続柄	連絡先	(同居・別居)
食事の準備	買い物			
	食事の支度			
ADL	移動 ( 自立・一部介助・全介助 ) 補足:			
	食事 ( 自立・一部介助・全介助 ) 補足:			
	意思疎通 ( 可能・概ね可能・簡単なことのみ・不可 ) 補足:			
食事内容	主食:		副食:	
	嗜好:		食習慣:	

## <サービス状況>

適応保険	医療保険 ( 有 ・ 無 ) 障害・福祉 ( 有 ・ 無 ) 生活保護 ( 有 ・ 無 )				
	介護保険 ( なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 )				
	介護保険負担割合 ( 1割 ・ 2割 ・ 3割 )				
居宅介護支援 事業者	事業所名				
	所在地				
	居宅サービス計画者名 (担当ケアマネジャー)				
サービスの利 用状況	サービス種類	事業者名	担当者	連絡先	利用状況
医療機関	医療機関名		経過・治療中の場合は内容		

## <本人・家族の意向>

本人
家族
備考