

# 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	性別	生年月日			年齢
	様	年	月	日	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