



現在受けているサービス (在宅の方のみご記入下さい)	サービスの種類	利用回数	家族構成図							
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (医師)	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (看護師)	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー)	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> 配食サービス	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	回/週・月								
	<input type="checkbox"/> ショートステイ									
	<input type="checkbox"/> その他受けているサービス									
	<input type="checkbox"/> 受けていない									
生活歴	(出身地)									
	(職業歴)									
	(趣味)									
	(その他)									
家族の状況	氏名	年齢	続柄	同居	別居	職業	健康状態	介護への関与		
住居の状況	住居 <input type="checkbox"/> 一戸建て( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家)									
	<input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 民間) __階建ての__階									
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	車椅子の使用						<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	本人の部屋	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
寝具	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> 布団								
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> ポータブル							
経済状況	本人年金( )・無									
	その他( )									
		同居家族 年収(約 円) ※さしつかえなければお書き下さい								
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 (主な介護者 その関係 )									
	<input type="checkbox"/> 他施設利用 施設名 ( ) 年 月 日より									
	<input type="checkbox"/> その他									
	<input type="checkbox"/> わからない									
食事に対する希望										
リハビリに対する希望										
生活全般に対する希望										
備 考 欄										