

基本情報

【書式 No.1】

《本人氏名等》

フリガナ		男・女	M			
入居者氏名			年齢	T	年	月
			S			
住 所	〒 -					
	電話： - -					

《緊急連絡先》

第 1 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			
第 2 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			
第 3 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			

《家族等（緊急連絡先以外）》

氏 名	住 所	電話番号	本人との続柄
		- -	
		- -	
		- -	
		- -	
		- -	
【家族構成】		【入居前の介護状況】	

《入居希望時の認知症状の確認》

認知症状を確認した相手		本人との関係	
所属・連絡先等			
確認書類等		確認職員	

《身体障害者手帳等》

--

《公的な支援制度の利用状況》

成年後見制度	<input type="checkbox"/> 利用している（補助・保佐・後見・任意）	<input type="checkbox"/> 利用していない
	【所属】	【氏名】
	【住所】〒 -	
	【電話】 - -	【FAX】 - -
	【利用期間】（ ）H 年 月～（ ）H 年 月～	
	【支援内容等】（ ）	
地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）	<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない
	【機関名】	【担当者】
	【住所】〒 -	
	【電話】 - -	【FAX】 - -
	【利用期間】平成 年 月 日から	
	【支援内容等】（ ）	
生活保護制度	<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない
	【部署】	【担当者】
	【住所】〒 -	
	【電話】 - -	【FAX】 - -
	【利用期間】平成 年 月 日から	

《入居に至った経緯》

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

《性格》

--