

入所待機者情報提供票

記載日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------|------|---|------|-------|-----|-----|----|
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 |
| | 氏名 | | 性別 | 男性 | ・ | 女性 | |
| 家族の 連絡先 | 氏名 | ： | | | 続柄 | （ ） | |
| | 住所 | ： | | | TEL | ： | |

※この情報提供票は、入所検討委員会での参考資料とするもので、他に使用することは一切ございませんので率直な意見をお聞かせください。

| | | | |
|-------------------|---|------|---|
| ※医療面について | | | |
| 病院名 | ： | 主治医名 | ： |
| 既往歴 | ： | | |
| 現病名 | ： | | |
| 内服薬名 | ： | | |
| ※医療的観点からの注意事項について | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| ※家族の介護能力と居宅サービス利用状況について | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| ※特記事項(家族の意向及びケアマネージャーとしてのご意見・ご要望) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

居宅介護支援事業所名： _____ 記載者名： _____