

対象者基本情報シート

対象者氏名					血液型	型
対象者の状況	ねたきり 虚弱 認知症状 単身 日中独居 その他 ・時期 年 月 頃 ・原因 ( ) 介護保険認定 無 ・ 申請中 ・ 有 < 非該当・要支援 ( ) ・ 要介護 ( ) > 居宅介護支援事業者【 】 ケアマネージャー 《 》 身体障害者手帳 無 ・ 有 ( 種 級) 生活保護 無 ・ 有					
家族の状況 (生計中心者に◎介護者には○をつけてください)	関係図	氏名	続柄	生年月日	職業	
			本人			
親族等の状況 (主な介護者に○をつけてください)	氏名	続柄	生年月日	住所	電話	
日常生活の状況	1 支障なし 2 支障はないが困難さを感じる 3 支障あり 歩行 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 掃除 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 排泄 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 洗濯 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 食事 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 買い物 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 入浴 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 調理 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 着脱衣 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 金銭管理 1 ・ 2 ・ 3 ( ) 聴力 1 ・ 2 ・ 3 ( ) その他 視力 1 ・ 2 ・ 3 ( ) ( )					
かかりつけの医師	医療機関名		医師名			
	電話 ( )	通院・往診 ( 回/月 )		入院 ( )		
	病名 ( )					
備考						
課税状況	市町村民税 課税世帯 ( 円 ) ・ 非課税世帯					
同意書						
申請に係わる審査に必要があるときは、要介護者が属する家族全員の課税状況及び要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護保険認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容、介護保険給付状況を確認することに同意いたします。また、在宅サービス事業、配食サービス事業の実施に際し、対象者基本情報シートに記載された対象者の状況、家族の状況および親族等の状況について、関係機関への提供に同意します。						
氏名						