事前情報提供票

この度は、ご相談頂きまして誠にありがとうございます.
今後の相談支援サービスの提供及びご利用中のご本人との関係作りに活用させて頂きたい為
お手数ですが、ご申請時にご提出下さいますようお願い申し上げます

ご利用者氏名　　様　　**ご記入者氏名　　様　続柄(　　)**

担当居宅介護支援事業所		
事業所:	ケアマネジャー:　　様	TEL:　　(　　)

〇出身地 /	**〇職歴**	
	在職期間	職場(職種名)
都 道 府 県		
〇最終学歴		
卒		

〇病歴 (診断日・病院入院歴・施設利用歴)　※欄が足りない場合は、裏面に記入して下さい

診断日・入院・入所期間	医療機関名・施設名	病名(施設利用理由)
年　月　日～　年　月　日		
年　月　日～　年　月　日		
年　月　日～　年　月　日		
年　月　日～　年　月　日		

〇性格 ・ 趣味 ※レクリエーション・クラブ活動参加時等の参考にさせて頂きます

性格 :	習い事 :
若い頃の趣味 :	60歳を過ぎてからの趣味:

〇食生活 (好き嫌い・アレルギー)	**〇嗜好品**
好き嫌い　: 有 (　　) ・ 無	たばこ : 吸う (　　本／日) ・ 吸わない
アレルギー : 有 (　　) ・ 無	酒　: 飲む (　　／日) ・ 飲まない

〇自宅状況

居住形態 (所有 ・ 賃貸 ・ その他)　　本人居住スペース (有 ・ 無)

居住分類 (一軒家 ・ マンション / アパート / その他(　　) / 家なし)

〇面会状況・外出泊予定

面会予定頻度 (ほぼ毎日 ・ 週に2～3回 ・ 週に1回 ・ 月に2～3回 ・ 月1回以下)

外出予定頻度 (面会毎 ・ 月に2～3回 ・ 月1回以下)　外泊予定 (有 ・ 無)

〇介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)申請

未 ・ 済み (いつ頃:　　申請施設:　　)

〇現在の介護保険サービスの利用状況　＊利用しているサービスに〇をご記入下さい

介護老人保健施設　介護療養型医療施設　介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)　訪問リハビリ
訪問介護(ホームヘルパー)　訪問看護　通所介護(デイサービス)　通所リハビリ(デイケア)　訪問入浴
短期入所　認知症グループホーム　有料老人ホーム　福祉用具レンタル(　　)　配食サービス

介護老人保健施設　アゼリア ・ ウイング ・ オキドキ