

対象者連絡票

(居宅介護支援事業所 サービス提供事業所)

No

新規・追加・変更

訪問介護ステーション

様

氏 名 等	保険者番号	2	7	2	0	3	9	被保険者番号	1	0	0	0	X	X	X	X	X	X
	対象者氏名	フリガナ トヨナカ タロウ 豊中 太郎 男・ <input checked="" type="radio"/> 女						生年月日	M・ <input checked="" type="radio"/> T・S 年 月××日						年齢	歳		
	住 所	〒 561 - 豊中市××町×丁目×番×号 電話番号 06 - 6 - FAX 携帯電話																
	特記事項	独居																
保 険 関 係	要介護度	要支援・ <input checked="" type="radio"/> 要介護(1・2・ <input checked="" type="radio"/> 3・4・5)																
	有効期間	平成 14 年 11 月 1 日 ~ 平成 15 年 10 月 31 日																
	認定年月日	平成 14 年 10 月 31 日																
	交付年月日	平成 14 年 10 月 15 日																
	特記事項																	
家 族 状 況 等	住 居	一戸建・マンション(階) <input checked="" type="radio"/> アパート・ <input checked="" type="radio"/> その他(文化住宅2F)・エレベーター(有 <input checked="" type="radio"/> 無)																
	世帯状況	<input checked="" type="radio"/> 単身・夫婦2人・その他 人																
	主たる介護者	名前	豊中 花子					続柄	長女					電話番号	078 - -			
		住所	〒 651 - 神戸市北区××町×丁目×番×号											FAX				
														携帯電話	090 - -			
	緊急連絡先	名前	豊中 一郎					続柄	長男					電話番号	03 - -			
		住所	〒 107 - 東京都港区××町×丁目×番×号											FAX				
														携帯電話	090 - -			
		名前						続柄						電話番号				
		住所												FAX				
														携帯電話				
	特記事項	長女は週一回程度、様子を身に来る																
主 治 医 等	主 治 医	名称	市立 病院					内 科						先生				
		住所	豊中市××町×丁目×番×号					電話番号	6 -									
		名称	病院					科						先生				
		住所						電話番号										
	現 疾 患	心不全、気管支喘息																
既 往 歴	狭心症、脳梗塞(平成7年)																	
特記事項	動作後(物を片付けたりした後) 心不全症状出現する事がある (息切れ、動悸)																	
備 考																		

今回の連絡票の送付・情報の提示に際しましては、要介護者等より情報提供同意書への同意をもって提供させていただきます。

つきましては、情報の取扱いに十分なご配慮をお願い致します。

依頼日	14 年 11 月 1 日															
事業所	介護支援センター															
事業所番号	2	7	7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
担 当																
電 話	06 - 6 -															
F A X	06 - 6 -															