

# フェースシート

(ふりがな) 入所希望者 氏名				男・女	M. T. S	年 月 日	歳
住所				電話			
介護度			有効期限	H / / ~ H / /			
保険種類	年金	/月	被保険者番号				
身障手帳	無・有 (障害名 ) ( 種 級)						
家族構成	同居・独居	同居家族または、緊急連絡先の家族構成を記入					
	氏名	続柄	年齢	住所	電話		
医療の状況						家族構成	
既往歴							
現病歴							
使用している薬							
アレルギー		感染症					
病院				主治医			
住所						電話	
【現在利用している介護保険サービス】							

