入所待機者情報提供票

大洲喜多特別養護老人ホーム事務組合用

対象者	フリガナ		生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　月　日
	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あり、他に使用する事は一切ございませんので率直なご意見を、お聞かせください。

医療面について、お教えください。

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

家族の介護能力・現在の居宅サービス利用状況について、お教えください。

□介護能力はあるが、家族はあまり看る気がない。 □家族は、よく看られているが負担が大きい。 □介護能力がない。	□ホームヘルプサービス　□訪問看護 □デイサービス（ケア）　□ショートステイ □その他（　　）
入所希望時期	□直ぐに入所したい □先で入所したい（□３ヶ月後・□半年後・□１年以上後）

※ 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）

居宅支援事業所名：　　記載者名：