

ケアファクトリー 申込書

平成 年 月 日

ご利用者様	事業所名		ご担当CM様	
	ふりがな		T E L	
	氏名			
住所				

※太枠のみご記入願います。

介護保険	被保険者番号		保険者名	
	要介護認定区分	要介護 () 要支援 ()	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
	生活保護	有 ・ 無		

緊急連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		T E L	
	住所			

医療情報	医療機関名		診療科目		主治医		
	連絡先						
	主な疾患・禁忌	・高血圧 ・脳梗塞(麻痺:右 ・ 左 その他:) ・内臓疾患() ・呼吸器疾患() ・神経障害() ・骨折() ・糖尿病 ・薬の副作用 ・ペースメーカー(有・無)					
		特記					

ご利用者様情報	移動	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 自立	視力	十分 ・ 障害()	
	補助具	車いす ・ 押し車 ・ 杖	聴覚	十分 ・ 障害() 補聴器: 有 ・ 無	
	排泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 声掛け ・ 見守り ・ 自立	水分制限	1 あり 2 なし	
	精神面				
	生活の様子				
家族構成					

ケアファクトリー

訪問リハビリ・マッサージ

TEL 047-382-3101 FAX 047-382-3102

千葉県浦安市富岡4-3-10