ケアファクトリー　申込書

令和　　年　　月　　日

CM情報	事 業 所 名		ご担当CM様	様
ご利用者様	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			

ケアファクトリー浦安
在宅メディカル・マッサージ
TEL 047-382-3101　FAX　047-382-3102
千葉県浦安市富岡4-3-10