

〒145-0063 東京都大田区南千束1-7-14		居宅介護支援事業者	
 正和クラブ千束		事業所名	
施設長 川村 義崇		ケアマネージャー	
TEL 03-6425-2556		事業所 Tel	
FAX 03-6425-3965		事業所 Fax	
事業者番号 1371104579		事業所番号	
利用者氏名	ふりがな 男・女	被保険者番号	
		要介護状態区分等	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
		認定年月日	令和 年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	認定期間	R 年 月 日～R 年 月 日
利用者住所	〒		
本人電話			
キーパーソン氏名	続柄 ()	キーパーソン住所	〒
キーパーソン電話		キーパーソン携帯	
病院名		診療科	科
主治医氏名		電話	
病院住所			
《現病歴・既往歴と経過》		家族構成	
年 月 日	病 名	医療機関・医師名	経 過
年			治療済み
月 日			治療中
			経過中・その他
年			治療済み
月 日			治療中
			経過中・その他
年			治療済み
月 日			治療中
			経過中・その他
年			治療済み
月 日			治療中
			経過中・その他
			注:◎=本人、□=男性 ○=女性、 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
感染症	□無 □有 (MRSA ・ 疥癬 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎)		
入浴希望	□有 (普通浴 ・ 機械浴) □無		入浴日 (曜日)
*通所希望曜日・希望回数	月・火・水・木・金・土 指定無 週 回 月 日より		
通所形態	□ワゴン車送迎 (ステップ乗車 ・ 車イス乗車) □自主通所 (家族の付き添い 有 ・ 無)		
【特記事項・連絡事項】			
送迎TEL		認知症高齢者の生活自立度 I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M 障害高齢者の生活自立度 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	