　　年　　月　　日

**利用者情報共有用紙**

**【利用者情報】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 様(男・女) | | 生年月日 | | M･T・S 　年 　月 　日生( 才) |
| 利用者住所 |  | | | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ | |  | |
| 要介護度 | 要支１・２　要介１・２・３・４・５ | 認定期間 | | 年 　月 　日 ～ 　年 　月 　日 | |

**【家族・キーパーソン情報】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 様(男・女) | | 利用者との関係 | |  |
| 住　所 |  | | | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ | |  | |

**【主治医・関連事業者等情報】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス職種 | 事 業 者 名 | 担 当 者 | ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| ケアマネジャー |  |  |  |  |
| 主治医(　　 科) |  |  |  |  |
| 医師(　　　　 科) |  |  |  |  |
| 医師(　　　　 科) |  |  |  |  |
| 医師(　　　　 科) |  |  |  |  |
| 歯科医師 |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |  |
| 訪問介護 |  |  |  |  |
| 訪問介護 |  |  |  |  |
| 訪問リハビリ |  |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  |  |
| 通所リハビリ |  |  |  |  |
| 短期入所 |  |  |  |  |
| 福祉用具貸与 |  |  |  |  |
| 住宅改修 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |