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 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |