

FAXでの送信はしないでください

平成 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	H	年	月	日 ~ H 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				