

変更内容

高齢

カナ		性別	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名				電話番号	
				ファックス番号	
住所	広島市 区 町 丁目 番 号 番地				

※ 以下、変更部分のみ記入して下さい。

かかりつけ の医療機関		名称		電話		
		名称		電話		
障害の程度		級 (ない場合は記入不要)	障害名	(ない場合は記入不要)		
同居家族 の状況	氏名		性別	男 女	生年月日	
				明大 昭平	主な 病気	
協力 員	1	カナ				
		氏名				
	続柄	電話	固定 携帯	続柄	電話	固定 携帯
	住所	所要時間 _____ 分			住所	所要時間 _____ 分
親 族	1	カナ				
		氏名				
	続柄	電話	固定 携帯	続柄	電話	固定 携帯
	住所				住所	
鍵 の 管 理 者	カナ				住所	
	氏名					
	電話	固定 携帯				

主な病歴

病名	該当する番号に○をしてください。(入院歴のある病名は◎)				
	1 心臓疾患	2 脳卒中後遺症	3 呼吸器の病気	4 腎臓病	5 高血圧
	6 肝臓病	7 糖尿病	8 胃腸病	9 リューマチ・神経痛・関節炎	
	10 白内障	11 骨折	12 その他()		
現在、()病)で、()病院)に、 (1. 週2～3回以上 2. 週1日程度 3. 月1回程度)通院中です。					

身体及び日常生活動作等の状況(該当する項目に○をしてください。)

	視力	1 普通に見える	2 見えにくい	3 全く、ほとんど見えない	
	聴力	1 普通に聞こえる	2 大声ならわかる	3 全く、ほとんど聞こえない	
日常生活動作等の状況	言語	1 普通に話せる	2 ややはっきりしない	3 やっと他人に通じる	4 全く、ほとんど話せない
	用便	1 ひとりで普通に便所できる	2 簡易便器があればひとりでできる	3 介助があれば簡易便器できる	4 常時おむつを使用している
	入浴	1 ひとりで普通に入れる	2 ゆっくりだが何とか自分でできる	3 洗うときや浴槽の出入りに介助を要する	4 全面的に介助を要する
	歩行	1 ひとりで普通に歩ける	2 杖等を使用し、時間がかかるが自分で歩ける	3 付添が手や肩を貸せば歩ける(車椅子の使用可)	4 歩行不能
	行動範囲	1 遠くへも出かける	2 ごく近所まで	3 自宅内のみ	4 ねたきり

※ 以下、区福祉課記入欄

※利用者が居住する地区を担当する
民生委員・地域包括支援センター

【民生委員】

氏名 _____

住所 _____

電話番号 固定 _____

携帯 _____

【登録番号】

--	--	--	--	--	--

【地域包括支援センター名】 _____

情報提供日 令和 年 月 日