入居者情報シート

年　　月　　日

更新　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者の基礎情報 | ふりがな |  | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | |
| 住　所 | 号室 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 特記事項 | タバコ（　有　・　無　）：飲酒（　有　・　無　） | | | | | |
| 服用薬など | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |
| 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |

■何かあった時にお願いできる所や人・現在通院や利用している施設など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産管理者 | 財産管理者 |  |  | 介護支援者 | 事業者名 |  |
| 種　類 | 後見・補佐・補助・地建・契約 |  | 担当者 |  |
| 担当者 |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 住所/所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 関係行政機関 | 行政機関名 |  |  | その他医療機関など | 名　称 |  |
| 担当者 |  |  | 担当医・診療科 |  |
| ＴＥＬ |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 | 医療機関名 |  |  | その他 | 名　称 |  |
| 担当医 |  |  | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |

■見守り体制など

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | サービス提供者・内容 | 連絡先 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

入居者情報シート【記入例①】

2017年　○月　○日

更新　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者の基礎情報 | ふりがな | まるまる　たろう | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | ○○　太郎 | | | |
| 住　所 | 岡山市北区○○○丁目○－○　　　○○アパート　203号室 | | | | | |
| 電話番号 | 携帯　090-0000-0000 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和56年６月１０日 | | | | | |
| 特記事項 | タバコ（　有　・　無　）：飲酒（　有　・　無　） | | | | | |
| 服用薬など | | | | | |
| 病気：うつ | | | | | |
|  | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 | ○○　花子 | ＴＥＬ | 086-000-0000 | | |
| 住所 | 岡山市北区○○ |  |  | | |
| 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | ○○　二郎 | ＴＥＬ | 090-0000-0000 | | |
| 住所 | 岡山市中区○○ |  |  | | |

■何かあった時にお願いできる所や人・現在通院や利用している施設など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産管理者 | 財産管理者 | ○○弁護士事務所 |  | 介護支援者 | 事業者名 | ○○ヘルパーステーション |
| 種　類 | 後見・補佐・補助・地建・契約 |  | 担当者 | 山田　○○ |
| 担当者 | ○○　護 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ | 086-000-0000 |  | ＦＡＸ |  |
| 住所/所在地 | 〒700-0000  岡山市北区○○ |  | 所在地 | 〒  岡山市北区○○ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 関係行政機関 | 行政機関名 | 岡山中央福祉事務所 |  | 医療機関など | 名　称 | ○○中央病院 |
| 担当者 | 福士　○○ |  | 担当医・診療科 | ○○先生　精神科 |
| ＴＥＬ | 086-000-0000 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＦＡＸ | 086-000-0000 |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒  岡山市北区○○ |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | ○○クリニック |  | 勤務先 | 名　称 | ○○B型作業所 |
| 担当医 | ○○先生 |  | 担当者 |  |
| ＴＥＬ | 086-000-0000 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒  岡山市北区○○ |  | 所在地 | 〒  岡山市北区○○ |

■見守り体制など

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | サービス提供者・内容 | 連絡先 | 担当者 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  | ○○B型作業所 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

入居者情報シート【記入例②】

年　　月　　日

更新　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者の基礎情報 | ふりがな | さんかく　ももこ | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | △　　桃子 | | | |
| アパート名 | 倉敷市△△　△△△－△　　レジデンス△△　105 | | | | | |
| 電話番号 | 086-000-0000　　携帯　090-0000-0000 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和20年11月23日 | | | | | |
| 特記事項 | タバコ（　有　・　無　）：飲酒（　有　・　無　） | | | | | |
| 服用薬など | | | | | |
| 右耳が聞こえにくい | | | | | |
|  | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |
| 氏名 |  | ＴＥＬ |  | | |
| 住所 |  |  |  | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | △　花子 | ＴＥＬ | 086-000-0000 | | |
| 住所 | 倉敷市○○ |  |  | | |

■何かあった時にお願いできる所や人・現在通院や利用している施設など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産管理者 | 財産管理者 | 倉敷市社会福祉協議会 |  | 介護支援者 | 事業者名 | △△ヘルパーステーション |
| 種　類 | 後見・補佐・補助・地建・契約 |  | 担当者 | △△　芳絵 |
| 担当者 | △　五郎 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ | 086-000-0000 |  | ＦＡＸ |  |
| 住所/所在地 | 〒700-0000  倉敷市○○ |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 関係行政機関 | 行政機関名 | △△ケアプランセンター |  | 医療機関など | 名　称 | △△△整形外科 |
| 担当者 | 竹内　△　（ケアマネ） |  | 担当医・診療科 | △△先生 |
| ＴＥＬ | 086-000-0000 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒  倉敷市○○ |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | △△内科 |  | 訪問介護 | 名　称 | △訪問介護ステーション |
| 担当医 | △先生 |  | 担当者 | △△△　亮 |
| ＴＥＬ | 086-000-0000 |  | ＴＥＬ | 086-000-0000 |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒  倉敷市○○ |  | 所在地 | 〒  倉敷市 |

■見守り体制など

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | サービス提供者・内容 | 連絡先 | 担当者 |
| ○ |  | ○ |  | ○ |  |  | □□牛乳 | 086-000-0000 | □□ |
|  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | △介護ステーション |  |  |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 給食サービス（昼食）　倉敷市社会福祉協議会 | 086-000-0000 | ○○ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |