

(1) 利用者の状況 (該当に☑)			
①病名等			
☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 脳血管障がい ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 神経症			
☐ リウマチ ☐ 関節炎 ☐ その他 ()			
②かかりつけ医療機関			
医療機関名		住所	
主治医		電話番号	
③身体障害者手帳	☐ 有 ☐ 無 () 級	⑤精神障害者保健福祉手帳	☐ 有 ☐ 無 () 級
④ペースメーカー	☐ 有 ☐ 無	⑥療育手帳	☐ 有 ☐ 無 ☐ A ☐ B

(2) 生活支援サービスについて (該当に☑)						
①希望する支援・指導	☐ 調理 ☐ 簡単な家屋内の掃除 ☐ 洗濯 ☐ 生活必需品の買い物					
	☐ 生活習慣習得の支援・指導 ☐ 家事習得の支援・指導					
	☐ その他 ()					
②派遣回数	週	☐ 1回 ☐ 2回				
③希望曜日 希望時間帯 (午前・午後に○) (希望時間帯を記入)	曜日	月	火	水	木	金
	午前					
	時間帯	～	～	～	～	～
	午後					
	時間帯	～	～	～	～	～
	曜日	土	日	④その他希望すること	(記入例) 木曜は掃除、土曜は買い物を希望、洗濯はコインランドリーを希望	
	午前					
	時間帯	～	～			
	午後					
	時間帯	～	～			
⑤事前打ち合わせの連絡先	☐ 利用者			☐ 代行者・代筆者		
※その他の場合は氏名、連絡先を記入	☐ その他	氏名		連絡先		