



9. ご利用されているサービスを教えてください

担当ケアマネジャー:

事業所:

利用サービス (利用日に○)	月		火		水		木		金		土		日		事業所
	午前	午後													
デイサービス															
訪問看護															
訪問リハビリ															
ヘルパー															
ショートステイ															

訪問看護をご利用の方 緊急訪問契約 あり / なし

10. 緊急連絡先・身の回りのお手伝いをしてくれる方について教えてください

	名前	ご本人との関係	連絡先(連絡のつきやすい番号を①へ記載ください)
1番	ふりがな	配偶者・子・親族( )	①
		その他( )	②
2番	ふりがな	配偶者・子・親族( )	①
		その他( )	②

11. 今後の療養の希望がありましたら教えてください

- 最後まで現在のご自宅で生活したい
- 施設等への移り住みを考えている
- 未定
- その他( )

12. 訪問中に駐車するスペースはありますか あり / なし

ありの方 どこに可能ですか 自宅駐車場 自宅前 その他( )

13. かかりつけ薬局について

かかりつけ薬局はありますか はい / いいえ  
 はいの方 薬局名 \_\_\_\_\_  
 訪問調剤を契約されていますか はい / いいえ / 契約したい

14. ご自宅での生活でお困りなことはありますか