

情報提供表
(利用者紹介状)

令和 年 月 日 作成担当者

入居希望日		令和 年 月 日 午前 ・ 午後 :							
フリガナ 氏 名					生年月日	T・S 年 月 日 (歳)			
住 所		〒 -			本籍地				
現 住 所		〒 -			電話番号				
家 族 構 成 図				氏 名		続柄	電 話 番 号		
				1					
				2					
				3					
				4					
				5					
				6					
身元保証人	住所	〒 -			電話番号	自宅			
	氏名					携帯			
年 金 関 係		老齢福祉年金 ・ 障害福祉年金 ・ 恩給 ・ 公務扶助料 ・ 厚生年金 ・ 国民年金							
		1ヶ月合計 円 ()							
生 活 保 護		1ヶ月の保護費 円							
		担当区	〒 -				電話番号		
		担当者							
医 療 保 険		健保（本・扶） ・ 国保（本・扶） ・ その他（本・扶）							
障害者手帳		有 ・ 無			級 障害名				
介 護 保 険	有 ・ 無			自立 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()					
	事業所名				ケアマネ氏名				
	事業所住所				事業所TEL				
	認定年月日				被保険者番号				
	認定有効期限				保険者名称				
	利用内容	デイサービス ・ デイケア ・ 訪介 ・ 訪看 ・ その他							
入居の理由									

趣味・嗜好品	趣味			酒	
	好きな食べ物			タバコ	
	嫌いな食べ物			その他	
A D L	移動（歩行）	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）			
	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 食事形態 / 常食 ・ 全粥 ・ きざみ ・ ミキサー 治療食（ ）			
	排 泄	自立 ・ 一部介助（ トイレ ・ Pトイレ ） 全介助（ パット ・ リハビリパンツ ・ オムツ ）			
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）			
身 体 状 況	麻 痺	なし ・ あり（ ）			
	視 力	普通 ・ 弱視（ 1m ・ 目の前 ） ・ ほとんど見えない 眼鏡 / なし ・ あり（ ）			
	聴 力	普通 ・ やや難 ・ 難聴 補聴器 / 右 ・ 左 ・ なし			
	口 腔	自歯 / なし ・ あり（ 上歯 本 : 下歯 本 ） 義歯 / なし ・ あり（ 上歯:部分・全部 上歯:部分・全部 ）			
精 神 状 況	性 格	朗らか ・ 几帳面 ・ 凝り性 ・ わがまま ・ 頑固 ・ 短気			
	対人関係	拒否的 ・ 普通 ・ 協調的 ・ その他（ ）			
	精神障害	なし ・ あり（ うつ ・ 抑うつ ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ せん妄 ） 問題行動 /			
	睡眠障害	なし ・ あり（ ） 眠剤 / なし ・ あり（ ）			
	障害者高齢者の日常自立度（寝たきり度）		自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V		
医 療 関 連 情 報	<主治医>			<主治医以外の通院科>	
	<現病名>			<内服薬>	
	<既往歴>			<外用薬>	

情 報 提 供 表（別紙）

入居に際してご本人様の希望	
入居に際してご家族様の希望	
今までの生活状況	
緊急時の希望	

※連帯保証人がおられない場合は、家賃保証の保険にご加入頂く必要があります。下記ご記入とご同意チェックをお願い致します。

ご確認事項

(1) 私は、「保証委託契約約款」の内容を理解した上で、株式会社イントラストに対して保証委託を申し込みます。

(2) 私は、「個人情報の収集・利用・提供等に関する同意条項」に従い、株式会社イントラストが個人情報を取り扱うことに同意します。

☐ 私は、上記項目をすべて確認し、申し込みを行います。 ※ご同意いただける場合、レ点をお願い致します。

利用者

代理人