

【下記の項目を聴取】

医療情報	病名	かかりつけ医	受診頻度	内服薬
			月（ ）回	有・無
			月（ ）回	有・無
			月（ ）回	有・無
困っていること 希望するサービス (○をつける)	・買い物・掃除・調理・ゴミ出し・洗濯・入浴・送迎・見守り・服薬確認 ・体操・その他 ()			
連絡先	フリガナ 氏名		本人との関係	
	電話番号	()		
	携帯番号	()		
同居家族	なし ・ あり ()			
特記事項	例) 初回訪問の曜日や時間の希望、携帯への連絡希望等、その他			

【要介護（要支援）認定申請：有（申請日 ）・無

【障害者手帳（有・無） 級】

【市川市重度障害者福祉手当の受給（有・無）】

【担当高齢者サポートセンター】（○をする）

国府台		国分		曾谷		大柏	
宮久保・下貝塚		市川第一		市川第二		真間	
菅野・須和田		八幡		市川東部		信篤・二俣	
行徳		南行徳第一		南行徳第二			