

介護予防訪問介護計画書（2）【基本情報】



(フリガナ)利用者名	様		生年月日		性別		
住所	〒						
世帯区分	一人暮らし		高齢者世帯		その他()		
電話番号	連絡方法に関する注意点: 無 有						
(フリガナ)緊急連絡先	様		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)緊急連絡先	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)緊急連絡先	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)緊急連絡先	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)緊急連絡先	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)緊急連絡先	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
(フリガナ)主な介護者	同居 別居		連絡の取れる時間帯		備考		
	(利用者との関係)	:	:	~	:	:	
その他のキーパーソン	様		(利用者との関係)				
			(連絡先)				
認定有効期間	平成 年 月 日から		被保険者番号				
	平成 年 月 日まで						
要支援認定情報	自立 申請中		保険者				
公費情報	生活保護		無 有		負担者番号		
	公費名称			負担者番号		受給者番号	
				負担者番号		受給者番号	
地域包括支援センター	(担当者)		電話番号		FAX		
	(事業所名) 事業者番号:		住所				
ケアプラン作成者	(担当者)		電話番号		FAX		
	(事業所名) 事業者番号:		住所				
備考							

注意) 登録ヘルパーは、上記の利用者および主な介護者・介護支援専門員に直接連絡をしないで下さい。

何か連絡の必要があると思われる場合は、まず事業所のコーディネーターに連絡して下さい。

初回計画	改訂更新 ()	
記入者	審査印	承認印