

(ご記入日 年 月 日)

自 活 状 況 確 認 書

団地名 団地 棟 号

氏 名

電 話

1. 以下の質問に○印または記入をお願いします。

(1) かかりつけの病院はありますか ある ・ ない	「ある」場合のみご記入ください 病院名： 病 名：
(2) 介助や介護を必要としますか 必要とする ・ 必要としない	「必要とする」場合のみ、現在利用しているサービスがあれば、内容・頻度をご記入ください (例：ヘルパー週2回(火・木)利用、月・水はデイサービスを利用している等)
(3) 障害はありますか ある ・ ない	「ある」場合のみご記入ください 障害名： 等 級：身体 級 精神 級 知的 級
(4) 介護保険の認定を受けていますか 受けている ・ 受けていない	「受けている」場合のみ認定内容に○をしてください ① 要支援[1・2] ② 要介護 [1・2・3・4・5]
(5) あなたを支援してくれている人 (ケアマネージャーや支援相談員等)が いればご記入ください	担 当 者： 事業所名： 電話番号：

2. 入居に際して何か知らせておきたいことがありましたらご記入ください。

[]