

# 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	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)緊急連絡先	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)緊急連絡先	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)緊急連絡先	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)緊急連絡先	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)緊急連絡先	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
(フリガナ)主な介護者	(利用者との関係)	様	連絡の取れる時間帯	備考	
		同居 別居 (住所: )	連絡の取れる時間帯		
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	平成 年 月 日まで	被保険者番号		
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	受給者番号
	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