入居者情報シート

年　　月　　日

更新　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者の基礎情報 | ふりがな |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 特記事項 | タバコ（　有　・　無　）：飲酒（　有　・　無　） |
| 服用薬など |
|  |
|  |
| 連帯保証人 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  |
| 住所 |  |  |  |
| 氏名 |  | ＴＥＬ |  |
| 住所 |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  |
| 住所 |  |  |  |
| 相続人連絡先 | 氏名 |  | ＴＥＬ |  |
| 住所 |  |  |  |

■何かあった時にお願いできる所や人・現在通院や利用している施設など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産管理者 | 財産管理者 |  |  | 介護支援者 | 事業者名 |  |
| 種　類 | 後見・補佐・補助・地建・契約 |  | 担当者 |  |
| 担当者 |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 住所/所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 関係行政機関 | 行政機関名 |  |  | 医療機関など | 名　称 |  |
| 担当者 |  |  | 担当医・診療科 |  |
| ＴＥＬ  |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 | 医療機関名 |  |  |  | 名　称 |  |
| 担当医 |  |  | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  |  | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |  | ＦＡＸ |  |
| 所在地 | 〒 |  | 所在地 | 〒 |

■見守り体制など

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | サービス提供者・内容 | 連絡先 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※本シートについては、利用方法の注意点を十分確認の上、必ず入居者の同意を得てご利用ください。

岡山県居住支援協議会