

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。