

秘 調 査 票

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
氏 名		住 所	港区		
		電 話			
愛の手帳	度	身体障害者手帳	種 級	障害名:	
家族の状況	氏 名	年齢	職業の有無	利用期間中の昼間・夜間等 緊急時の連絡先 (電話 ・ 携帯電話 ・ 住所等)	
医療保険の種類	生活保護 国民健康保険【本人・家族】 社会保険【本人・家族】 障 受給者証(心身障害者の医療費助成) 老人保健法医療受給者証 福 医療証(老人医療費の助成) その他()				
補装具 <small>該当するものに印</small>	車いす【介助型・自操型・電動・その他()】 義肢【義手・義足】 座位保持装置 装具【上肢・体幹・下肢(自力での着脱可・不可)】 歩行器 補聴器 盲人安全杖(白杖) 歩行補助杖【T字杖・松葉杖・その他()】 頭部保護帽 その他()				
発作の有無	有・無	発作の様子と対応方法			
平熱		風邪以外で熱が上がることは	ある ・ ない		
熱が上がった場合の対応					
かかりつけの病院	医療機関名	主治医			
	住 所	電 話			
投薬の状況					
内容	朝	昼	夕	その他	
	無・有【自己管理・声かけ・服薬介助】 種類及び服薬量	無・有【自己管理・声かけ・服薬介助】 種類及び服薬量	無・有【自己管理・声かけ・服薬介助】 種類及び服薬量		

裏面の記入もお願いします。

