



緊急時の 連絡先	氏名	続柄( )
	住所 〒	TEL - -
		携帯電話 - -
	勤務先名	TEL - -
	氏名	続柄( )
	住所 〒	TEL - -
		携帯電話 - -
	勤務先名	TEL - -
医療機関搬送に関して	<p>原則、施設の医療判断で医療機関の治療が必要となった場合に搬送しています。それを踏まえた上で御家族の要望を伺います。</p> <p>あくまでも要望となりますので、応えられないことも了解願います。</p> <p>1.搬送の判断は施設に一任します。 ( はい いいえ )</p> <p>2.どの様な状態でも医療機関に搬送する。 ( はい いいえ )</p>	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 主な介護者はどなたですか? : _____ * 病院受診(外来通院)について 現在通院加療している病院名と診療科名を全てご記入ください(歯科も含みます)	
	ア. 病院名( ) 診療科名( ) イ. 病院名( ) 診療科名( ) ウ. 病院名( ) 診療科名( )	
	<input type="checkbox"/> 入院中 ( ) 病院 ( ) 科 入院年月日( 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
退所後について	<input type="checkbox"/> 自宅に帰ることができる	
	<input type="checkbox"/> 施設に入所する 1. 申請済 年 月 日 申請 2. これから申請する	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> わからない	
<p>「在宅で介護すること」についての支障や心配事をできるだけ具体的に記入(必須)            (ご本人に関わる事だけでなくご家族の事情なども含めて)</p>		
<p>マイライフ尾根道利用にあたってご本人・ご家族の要望事項をご記入ください。(必須)            (介護方法の注意点もお教えください)</p>		