

様式第2号(第5条関係)

高齢者生活管理指導短期宿泊(高齢者ショートステイ)対象者状況票

対 象 者	ふりがな 氏 名					(男・女) ・ 生
	住 所					
	保険区分	<input type="checkbox"/> 健保 社会保険名() <input type="checkbox"/> 国保 保険証番号() 負担区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> なし				
	老 人 医 療	<input type="checkbox"/> 有 受給者番号() <input type="checkbox"/> 無				
	介護認定 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	主 治 医					
	既 往 歴					
	服 薬					
	喫 煙	<input type="checkbox"/> 有 1日当たり()本 <input type="checkbox"/> 無				
生活する上での 留意事項						
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	性別	年齢	連絡先及び電話番号	

※ 緊急に連絡を必要とする場合の緊急連絡先となれる方には、「連絡先及び電話番号」の欄の先頭に◎を記入してください。