

様式第2号（第10条第1項関係）

豊能町在宅高齢者等外出支援サービス調査票

調査日 年 月 日

利用者	フリガナ			性別	男 ・ 女
	名 前				
	住 所				
	電話番号				
緊急連絡先	フリガナ			性別	男 ・ 女
	名 前				
	住 所				
	電話番号	(自宅)	続		
		(携帯)	柄		
住居の状況	一軒家・マンション・その他 ()				階建ての 階
かかりつけ医療機関	病院名 主治医				
身体状況	視力	普通・弱視（眼鏡：有・無）・全盲			
	聴力	普通・やや難聴・難聴（補聴器：有・無）・高度難聴			
	歩行	独歩・杖歩行・介助歩行・車椅子・不可			
	麻痺	無・有 上肢（右・左） 下肢（右・左）			
	その他	高齢虚弱			
介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	障害	級	
居宅介護支援事業所		介護支援専門員名前			
特記事項					
担当者			会員登録番号		