

ケアコンプレックス高清水 看護小規模多機能居宅介護 ご利用者情報書

ご利用者様	氏名	(フリガナ)		
		様		
送付書等の先	氏名	(フリガナ)		
		様 続柄 ()		
住所	住所	(フリガナ)		
		(〒 -)		
連絡先① 緊急時	氏名	(フリガナ)		
	電話番号	様 続柄 ()		
連絡先② 緊急時	氏名	(フリガナ)		
	電話番号	様 続柄 ()		
搬送先 緊急時	病院または診療所名			
	医師名			
家族状況	続柄	氏名	年齢	職業・勤務先・TEL
	配偶者			職業； 勤務先； 勤務先TEL；
				職業； 勤務先； 勤務先TEL；
				職業； 勤務先； 勤務先TEL；
				職業； 勤務先； 勤務先TEL；
				職業； 勤務先； 勤務先TEL；

* 下記について、○印でお答え下さい。

表 札	可・不可
-----	------

ブログ・地域版ホーム便り等の顔写真の掲載	可・不可
----------------------	------

職 歴	
趣味・特技	
食事の好き嫌い(アレルギーを含む)	

* ご記入された日付 令和 年 月 日 現在

* 本紙をご記入された方のお名前 様 (続柄；)