

尿意	無・有	便意	無・有	便秘	無・有	※便秘時の対応方法
認知症	無・有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入ください				
主治医	【医療機関名】		【担当医師名】			
現病名	【疾病名】		【発症年】		※現病に関する特記事項	
			年			
			年			
			年			
			年			
		年				
既往歴	【疾病名】		【発症年】		※疾病に関する特記事項	
			年			
			年			
			年			
			年			
		年				

【入居者のご家族及び関係者】

氏名	年齢	本人との続柄	職業	住所	本人との同居の有無

【その他、施設への伝達事項】