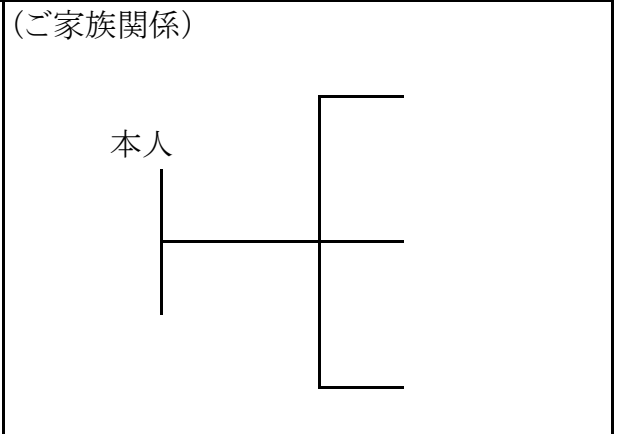
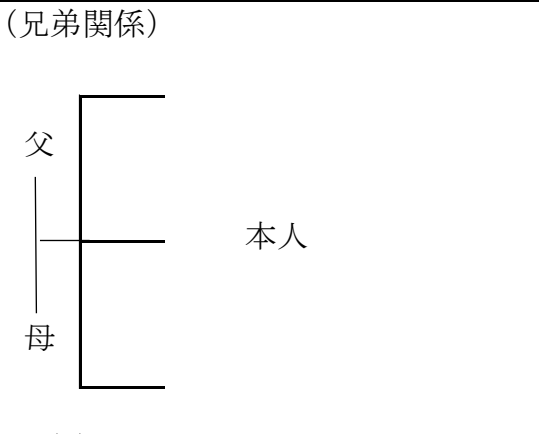


介護 保険	被保険証	要介護()	被保険者番号()	
	負担割合証	()割	有効期間()	無 ・ 有 (第 段階)

身障者手帳	1.有(級) 年 月 取得	2.無
-------	----------------	-----

既往歴 及び 現病名	
------------------	--

家族の状況	氏名	年齢	続柄	職業	



困っている事があればお書き下さい