利用者基本情報

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成担当者：

≪基本情報≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日 | 年　　　　月　　　　日 | 来　所 ・ 電　話その他（　　　　　　　　） | 初　回再来（前　　　/　　　） |
| 本人の現況 | 在宅　・　入院　又は　入所中（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ本人氏名 |  | 男 ・ 女 | M・T・S　年　　月　　日(　　　　)歳 |
| 住所 |  | TelFax |  |
| 日常生活自立度 | 高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M |
| 認定・総合事業情報 | 非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５有効期限：　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（前回の介護度：　　　　　）基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし基本チェックリストの記入日：　　　年　　　月　　　日 |
| 障害等認定 | 身障（　　　　　）、療育（　　　　　）、精神（　　　　　）、難病（　　　　　） |
| 本人の住居環境 | 自宅・借家　　　一戸建て・集合住宅　　自室：無・有（　　　階）　　住宅改修：無・有 |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・共済年金・老齢福祉年金・遺族年金・生活保護 |
| 来所者(相談者) |  | 続柄 |  | 家族構成 | 家族構成日中独居：無・有家族関係等の状況 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　℡： |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
|  |  | ℡ |
|  |  | ℡ |
|  |  | ℡ |
|  |  | ℡ |

利用者基本情報

≪介護予防に関する事項≫

|  |  |
| --- | --- |
| 今までの生活 |  |
| 現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか） | 一日の生活・過ごし方 | 趣味・楽しみ・特技 |
|  |  |
| 時間 | 本人 | 介護者・家族 |
|  |  |  | 友達・地域との関係 |
|  |

≪現病歴・既往歴≫

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 病名 | 医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆） | 経過 | 治療中の場合は内容 |
|  |  |  |  | ℡ | 治療中経観中その他 |  |
|  |  |  |  | ℡ | 治療中経観中その他 |  |
|  |  |  |  | ℡ | 治療中経観中その他 |  |
|  |  |  |  | ℡ | 治療中経観中その他 |  |

≪現在利用しているサービス≫

|  |  |
| --- | --- |
| 公的サービス | 非公的サービス |
|  |  |

　地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日　　氏名