

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

| | | | | | |
|--------------|---|--------|-----------------------------|---|-----------|
| 相談日 | 令和 年 月 日 () | | | 来所・電話 | 初 回 |
| | | | | その他 () | 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 日生 () | 歳 |
| 住 所 | 〒 | | | Tel | () |
| | | | | Fax | () |
| 日常生活 自立度 | 障害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 | | |
| 認定情報 | 非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護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記入日： 年 月 日 | | | | |
| 障害等認定 | 身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 () | | | | |
| 本人の 住宅環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ()階、住宅改修の有無 | | | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・ | | | | |
| 来所者 (相談者) | | | | 家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) | |
| 住所 連絡先 | 〒 | 続 柄 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | 家族関係の状況： | |

《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） | 1日の生活・すごし方 | | | 趣味・楽しみ・特技 |
| | | | | |
| | 時間 | 本人 | 介護者・家族 | |
| | | | | |
| | 友人・地域との関係 | | | |

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

| 年月日 | 病名 | 医療機関・医師名 (主治医・意見作成に☆) | | 経過 | 治療中の場合は内容 |
|-------|----|--------------------------|-----|-------------------|-----------|
| | | | Tel | | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経観中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経観中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経観中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 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当たり、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、関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

印