

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 日生 () 歳	
住所		電話番号	() -	
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1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 宅介護支援事業所 () 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()			
住居環境	自宅・借家 / 一戸建て・集合住宅 / 自室 (有～ 階・無) / 住宅改修 (有・無)			
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ その他 ()			
来所者 (相談者)	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
緊急連絡先 その他関係 者等連絡先	氏名	生年月日 年齢	続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キックアウト 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
		T・S・H 年 () 月 () 日生 () 歳	() -	
		T・S・H 年 () 月 () 日生 () 歳	() -	
		T・S・H 年 () 月 () 日生 () 歳	() -	
		T・S・H 年 () 月 () 日生 () 歳	() -	
		T・S・H 年 () 月 () 日生 () 歳	() -	
《現在利用しているサービス》				
公的サービス				
利用なし				
非公的サービス				
利用なし				
家族関係等の状況				
《居住環境等》～住居見取り図、必要時周辺の様子				

《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・意見書作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容（通院頻度等）
年 月 日				TEL	治療中 その他
年 月 日				TEL	治療中 その他
年 月 日				TEL	治療中 その他
年 月 日				TEL	治療中 その他
年 月 日				TEL	治療中 その他
(服薬内容)				(症状・特記事項)	

《身体及び日常生活状況》

食事	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難	視力	1普通 2弱視 3全盲
衣類の着脱	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難	聴力	1普通 2やや難聴 3難聴
起立位保持	1できる 2何かにつかまる 3自分では困難	言葉	1普通 2少し不自由 3不自由
歩行	1できる 2何かにつかまる 3自分では困難	記憶障害	1無 2有
移乗	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難	失見当	1無 2有
入浴	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難	(その他特記事項)～家事全般について等	
排尿	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難		
排便	1できる 2介助でどうにか 3自分では困難		

《相談内容・主訴》

--

《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・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

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、アセスメントシートを、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。

年 月 日 氏名 印
代理 印