

# 利用者基本情報（表面）

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 / 入院または入所中 (病院・施設名 )			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( 歳)	
住 所	電話番号		( )	
	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・ a・ b・ a・ b・ M		
認定情報	要介護度：非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回要介護度 )			
障害等認定	身障 ( ) / 療育 ( ) / 精神 ( ) / 難病 ( ) ( )			
本人の 住所環境	自宅・借家 / 一戸建て・集合住宅 / 自室の有無 ( ) / 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 回 = 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				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

# 利用者基本情報（裏面）

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	家 族	

現病歴 既往歴と経過 (新しいものから記入 現在の状況に関するものは全て記入)

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
年 月 日					治療中 経過観察中 その他	
年 月 日					治療中 経過観察中 その他	
年 月 日					治療中 経過観察中 その他	
年 月 日					治療中 経過観察中 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な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。

平成 年 月 日 氏名

印