

利用者基本情報

資料1

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来 (前 /)	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 有効期限 H28年12月1日 ~ H30年11月30日 (前回の介護度: 要支援1)			
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 ()			
本人の 住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ・自室の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()			
来所者 (相談者)			家族構成 家族関係の状況	
住 所 連 絡 先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

利用者氏名

《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

《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・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> 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

