利用者基本情報　　　　　　　　　　　　　様式7

《基本情報》　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成担当者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 来所・電話その他（　　　　　　） | 初回再来　(前回　／　　) |
| 本人の現状 | 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有効期間：　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 障害等認定 | 身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　）、その他（　　　　　　　　　　　） |
| 本人の住居環境 | 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・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 来所者(相談者) |  | 家族構成等 | 家族構成（◎本人、○女性、□男性、●■死亡、☆キーパーソンン、主介護者に「主」、副介護者に「副」、(同居家族は○で囲む)）家族関係等の状況 |
| 住所連絡先 |  | 続柄 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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・意見書作成者に☆） | 経過 | 治療集の場合は内容 |
| 年　月　日 |  |  | Tel | 治療中経過観察中その他 |  |
| 年　月　日 |  |  | Tel | 治療中経過観察中その他 |  |
| 年　月　日 |  |  | Tel | 治療中経過観察中その他 |  |
| 年　月　日 |  |  | Tel | 治療中経過観察中その他 |  |

《現在使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、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 |