**作成日：　　　　年　　月　　日**

**利用者基本情報（例）**

**作成担当者：（　　　　　　　　　）**

**《基本情報》（被保険者番号：　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **相　談　日** | 　　年　　月　　日 | **相談方法** | 訪問・来所・電話その他（　　　） | 初回再来（前　　　/　　　　） |
| **把握経路** | 本人・家族・関係者（　　　　　　　）非該当・一般介護予防事業 |
| **本人の現況** | 在宅　入院中（　　　　　　）入所中（　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　） |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ****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・総合事業対象者・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５有効期限：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　（前回の介護度　　　　　）総合事業認定日：　　年　　月　　日（基本チェックリスト実施日：　　年　　月　　日） |
| **障害等認定** | 身障（　　　）療育（　　　）精神（　　　）特定疾患（　　　　）その他（　　　　　） |
| **本人の****住居環境** | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室（有・無）（有の場合：　階　　　　　　　）住宅改修（有・無）（有の場合：内容　　　　　　　）浴室（有・無） 便所（洋式・和式）段差の問題（有・無）　床材・じゅうたんの状況（　　　　　　　　　　　）照明の状況（　　　　　　　　　　　）　履物の状況（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **経済状況** | 国民年金・厚生年金・障害年金（　　　）・生活保護・その他（　　　　　　　　　　　）＊年金＋その他収入（月　　　　　　　円）＊利用者負担限度額（第１段階・第２段階・第３段階・第４段階） |
| **来　所　者****(相　談　者)** |  | **家族構成** | 【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）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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**《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）** | **一日の生活・過ごし方** | **趣味・楽しみ・特技** |
|  |  |
| **時間** | **本人** | **介護者・家族** | **友人・地域との交流** |
|  |  |  |  |

**《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** | **経過** | **治療中の場合は内容** |
| 　年　月　日 |  |  | 主治医・意見書作成 | 治療中経観中完治その他 |  |
| (TEL) |
| 年　月　日 |  |  | 主治医・意見書作成 | 治療中経観中完治その他 |  |
| (TEL) |
| 年　月　日 |  |  | 主治医・意見書作成 | 治療中経観中完治その他 |  |
| (TEL) |
| 年　月　日 |  |  | 主治医・意見書作成 | 治療中経観中完治その他 |  |
| (TEL) |

**《現在利用しているサービス》**

|  |  |
| --- | --- |
| **フォーマルサービス** | **インフォーマルサービス** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 　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・要支援認定又は基本チェックリストに係る調査内容、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、介護予防（介護予防・日常生活支援総合事業）支援経過記録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、介護予防・日常生活支援総合事業実施者、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 |