

※ 仮想の事例を元に意見交換を行っていますが、特定の個人を想定してしまう可能性があるため、様式のみを掲載します。

資料No. 3

利用者基本情報

No.

作成担当者：

《基本情報》

相談日	令和 年 月 日 (日)	訪問・来所・電話 その他( 訪問 )	初回・再来□前回 年 月 )	
把握経路	1. リスト 2. 非該当者 3. 佐渡市 4. 医療機関 5. 民生委員 6. 総合相談支援業務 7. その他( )			
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	
	移動	自立・一部介助・全介助	食事	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助
	着替	自立・一部介助・全介助	整容	自立・一部介助・全介助
	視力	自立・見えにくい・見えない	聴力	自立・聞こえにくい・聞こえない
	意思疎通	完全に通じる・ある程度通じる・ほとんど通じない	掃除	自立・一部介助・全介助・しない
	洗濯	自立・一部介助・全介助・しない	買物	自立・一部介助・全介助・しない
	調理	自立・一部介助・全介助・しない	服薬管理	自立・要見守り・全介助
	金銭管理	自立・一部介助・全介助・しない	自傷・他害・その他( )	
	問題行動	異食・失禁・大声・奇声・火の不始末・不潔行為・性的異常・せん妄・興奮		
認定情報	非該当・総合事業・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：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (前回の介護度 )			
障害等認定	身障 ( )、知障 ( )、精障 ( )、難病 ( )、その他 ( )			
居住環境	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		続柄	◎=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 (優先順位で記入)				
順位	氏名 続柄	住所・電話 (連絡の取りやすい所)		
1	氏名	島内・島外 ( )		
	続柄 長男	同居の場合は○		電話
		同居		自宅 ( ) - 勤務先 ( ) - 携帯 ( ) -
2	氏名	島内・島外 ( )		
	続柄 夫の弟の嫁	同居の場合は○		電話
		同居		自宅 ( ) - 勤務先 ( ) - 携帯 ( ) -
3	氏名	島内・島外 ( )		
	続柄	同居の場合は○	電話	
		同居	自宅 ( ) - 勤務先 ( ) - 携帯 ( ) -	
4	氏名	島内・島外 ( )		
	続柄	同居の場合は○	電話	
		同居	自宅 ( ) - 勤務先 ( ) - 携帯 ( ) -	
家族関係等の状況			日中独居 ( 有 ・ 無 )	

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現状の生活状況 (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☆）		経過該当に○	治療中の場合は内容
		医療機関	医師名		
年 月 日				治療中	服薬中
				経観中	その他
		TEL	主治医の場合は☆	その他	
年 月 日				治療中	服薬中
				経観中	その他
		TEL	主治医の場合は☆	その他	
年 月 日				治療中	服薬中
				経観中	その他
		TEL	主治医の場合は☆	その他	
年 月 日				治療中	服薬中
				経観中	その他
		TEL	主治医の場合は☆	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。

令和 年 月 日 氏名 印

地域包括支援センターのブランチ、在宅介護支援センターの把握した利用者基本情報、基本チェックリストを、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、地域包括支援センター及び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供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印