

# 基本情報シート (1/2)

ふりがな													作成日				
利用者氏名													作成者				
	相談者氏名	続柄	本人・家族・他 ( )			受付日				受付対応者			受付方法	来所・電話・他 ( )			
	前回アセスメント状況	実施年月日				理由	初回	更新	状態の変化	退院	退所	他 ( )	実施場所	自宅・病院・施設・他 ( )			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	性別	男・女	被保険者番号					要介護状態区分				
現住所							自宅TEL	00-0000-0000		家族状況 (シエノグラム)	世帯	同居・高齢者のみ・他 ( 人暮らし)					
							携帯TEL	000-0000-0000									
							FAX										
							E-mail										
家族情報・ 緊急連絡先	介護者	緊急の 連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先				特記 事項						
	1				同・別												
	2				同・別												
	3				同・別												
					同・別												
					同・別												
住居の 状況	住居	戸建 ( )・アパート・マンション・公営住宅 ( )階・他 ( )										生活 状況	生活歴		趣味・好きなこと		
	エレベーター	無・有 ( )			所有形態	持ち家・貸家	トイレ	和式・洋式・ウォシュレット									
	(住宅間取図)						自宅周辺の環境や住居に対する特記事項										
							改修の必要性	( 無 ・ 有 )							情報収集源・情報活用状況		

ふりがな	
利用者氏名	

# 基本情報シート (2/2)

作成日	
作成者	

利用者の被保険者社会保険制度の利用情報	介護保険	申請中	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	負担割合( <u>      </u> 割)	認定日	有効期間期限	~										
	医療保険	後期高齢	国保	社保	共済	他( )					支給限度額等	単位/月											
	公費医療等	無	有( )									審査会の意見											
	障害等	無	身障( 種 級)		精神( 級)		療育( 度)				障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
		難病( )		障害等名( )								認定調査票	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
	生活保護	無	有( )			担当者名					認知症高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
	経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他( )				認定調査票		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
	収入額・支出額	収入( 円/月)				支出( 円/月)								介護支援専門員	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	金銭管理者	本人	家族( )			他( )									介護支援専門員	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M

病歴	発症時期	病名	医療機関・医師名(主治医・意見書作成者に○)・連絡先	経過	受診状況	治療内容
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		
			TEL	治療・経観・他		

薬局名 □ かかりつけ

特記事項

「/月・週」の記載が無くなり空欄に

利用しているサービス	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先

相談内容	主訴・意向	
	①	
利用者の要望		
家族の要望		