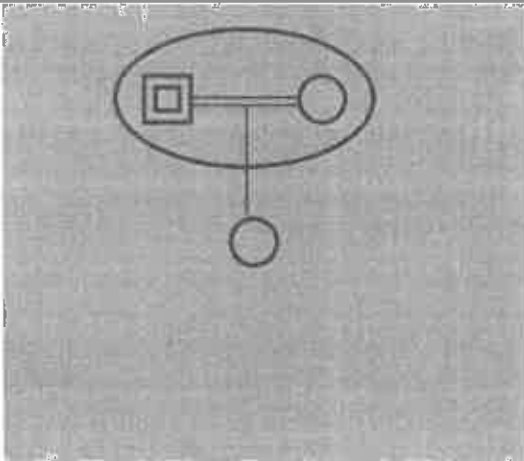


利用者基本情報(1)

《基本情報》

相談日	平成30年11月24日		初回 再来(前回:		調査者				
相談方法	来所・電話・訪問・その他()				機関	練馬区			
本人の現況	在宅(高齢者のみ)・入院/入所()・その他()								
フリガナ 本人氏名	初マタロ 練馬 太郎				男 女	昭和15年04月10日 生(78) 歳			
住 所	練馬区				電 話				
					携 帯				
					FAX				
日常生活 自立度	障害自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
	認知症自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M							
認定情報	未申請・申請中・認定済 非該当・事業対象者・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(~) 前回の介護度()								
障害等認定	身障手帳(3 種 2 級) 内容() 精神保健福祉手帳 (1 級) 内容() 療育手帳 (判定) 内容() 難 病() その他()								
本人の 住居環境	自 宅 賃 貸	一戸建て 集合住宅	自 室 (有・無)	トイレ (有・無)	浴 室 (有・無)	住宅改修 (有・無)			
経済状況	課税・非課税・生活保護 年金() 不動産収入() その他()								
相 談 者	練馬 花子		続柄	妻	電 話				
					携 帯				
連 絡 先									
家族関係 介護者の 状 況 等	氏 名	性別	同別	続柄	介護者	年齢	電話番号	備考(住所・連絡先等)	
	練馬 花子	女	同居	妻	主介護者	70			
家族構成図	◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キーパーソン 主=主介護者 副=副介護者								【家族関係等の状況】

利用者基本情報(2)

《介護予防に関する事項》

対象者氏名：練馬 太郎

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	医師名／医療機関／ 連絡先 (主治医・意見書作成者に✓)	経 過	治療中の場合は内容
□ 入力切替		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 治療中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 経過中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> その他	
□ 入力切替		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 治療中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 経過中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> その他	
□ 入力切替		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 治療中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 経過中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> その他	
□ 入力切替		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 治療中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 経過中	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<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

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ものに提示することに同意します。

年 月 日 氏 名

印

