

# 利用者基本情報

作成者：

フリガナ 本人氏名		生年 月日	M・T・S	年	月	日生（ ）歳						
住所	習志野市											
相談日	年 月 日（ ）	来所 ・ 電話 ・ その他（ ）										
把握経路	1. 健康診査 2. 本人 3. 家族（ ） 4. 関係者（ ） 5. その他（ ） 6. 非該当（認定日：平成 年 月 日）											
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. 2									
	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・総合 事業情報	申請中・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 基本チェックリスト実施日： 年 月 日 基本チェックリスト実施結果：事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし											
障害等認定	身障（ ）・療養（ ）・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（有 階・無）） ・住居改修（有： 無） ・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（ ）											
来所者 （相談者） 状況	氏名			続柄								
	住所											
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先									
家族の 状況	◎=本人、○=女性、□=男性、●■=死亡 （同居家族等○で囲む）  キーパーソン（ ） 日中独居（有・無）											

## 《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 <small>（主治医意見書作成者に☆）</small>	電話番号	経過	治療中の場合は内容
				治療中 経観中	
				治療中 経観中	
				治療中 経観中	
				治療中 経観中	

## 《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）		
生活リズム	起床（ : ）就寝（ : ） 朝食（ : ）昼食（ : ）夕食（ : ）	備考
誰と過ごすことが多いか	1. 家族      2. 友人・知人      3. ほとんど1人      4. その他（ ）	
1週間に外出する頻度	1. 3回以上      2. 1～2回      3. あまり外出しない      4. その他（ ）	
1週間に親戚・友人に会う頻度	1. 3回以上      2. 1～2回      3. あまり会わない      4. その他（ ）	
社会活動への参加状況	市の健康に関する教室（ ）	公民館や老人クラブ（ ）
	公民館や老人クラブ（ ）	ボランティア活動（ ）
	ボランティア活動（ ）	趣味、各種サークル（ ）
	自治会や町会活動（ ）	その他（ ）
日常生活での移動手段	1. 徒歩（補助器具の使用： ）      2. 自転車／バイク 3. 自家用車      4. バス／電車      5. タクシー      6. その他（ ）	
生活必需品は誰が買いに行くか	1. 本人      2. 家族（ ）      3. その他（ ）      4. 宅配を使用	
精神面の状況		
身の回りの乱れを気にしなくなった	1. はい      2. いいえ	
外出や食事の準備が難しくなった	1. はい      2. いいえ	
金銭管理（日々の支払い行為を含む）が難しくなった	1. はい      2. いいえ	
情緒が不安定になることが増えた	1. はい      2. いいえ	
一人きりになる（している）ことが不安	1. はい      2. いいえ	
特記事項		

## 《日常生活上の課題》

--

## 《主観的健康観》

よい      ・      まあよい      ・      ふつう      ・      あまりよくない      ・      不明
------------------------------------------------------------------------

## 《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、基本チェックリスト記入内容、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等を、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