**利用者基本情報**

地区

【基本情報】　　　　　　　　 　記入日：　　　　 　年　　　 月　　 日　　　 担当者：

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 明　 　大　　 昭　　 　　年　　 　月　　　 日生　　　 　　才　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 男　　 女 |
| 現住所　　　　 富山市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　 ０７６　－　　　　　 － |
| 実際の居住場所と異なる住所がある場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　　　　 　－　　　　　 － |
| 本人の現況　　　　　　　　　 　在宅　・　入院又は入所中（　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 相談経路 　　　　　 年 月　　　 日(　　 　)　　　　　 時　　　　 分　　　来所 電話 訪問 その他　（　　　　　　　　　　　　　　）相談者（紹介者）：相談内容・主訴 ： | 初回再来（前回　／　 ） |
| 世帯区分　　 　１．単身　 　 ２．高齢者夫婦 ３．高齢者のみの同居世帯 ４．その他（　　　 　　　　　　　　　） |
| 家族の状況 |
|  |
| 家族構成　　　　　　　　　　　 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 同別居 | 特記事項（連絡先等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ①氏名　　　 　　TEL　　　 －　　　 －　　 　 　自宅・職場（　　　　　　　　　　　　　 　）連絡先 ②氏名　　　 　　 TEL　　　 －　　　 －　　　 　自宅・職場（　　　　　　　　　　　　　 　）③氏名　　　 　　 TEL　　　 －　　　 －　　　 　 自宅・職場（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 担当民生委員 氏名 TEL　　 －　　　 －　　　　 住所　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 認定情報　　　 １．未申請　　 ２．申請中　 　３．認定済認定済の場合 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有効期限：　　　年　　月　　　日　～　　　年　　月　　日　　(前回の介護度　　　　　　 　　) |
| 制度利用 １．身体障害者手帳（　　 種　 　級　 　　　 　　　　　 　 ） 交付年月日 年　 　　月　 　　日２．療育手帳 （ 　　　 Ａ　 　　Ｂ 　 　　 ） 　　　　　 交付年月日 年　　　 月　　 　日３．精神障害者手帳（　　 　　　　 級　　　 ） 交付年月日 年　 　　月　 　　日４．特別障害者手当（ 年　 　月　 　 日　 ～　 ） ５．生活保護　 （　　 　　年 　　　月　　　 日 ～ ）６．権利擁護事業の利用（ 年 月 日 ～ ）７．成年後見制度の利用（ 年 月 日　 ～　　後見人氏名　　　 　 　　　　　　　　　　　　）８．その他（ ） |
| 障害高齢者の日常生活自立度 自立　 　J１　 　J２ 　　A1　 　A2　　 B1　 　B2　 　C1　 　C2 （評価日　　年　　月　　日）認知症高齢者の日常生活自立度 自立　 　Ⅰ　　 Ⅱａ　　Ⅱｂ　　 Ⅲａ　　 Ⅲｂ　 　Ⅳ　　 M （評価日　　年　　月　　日） |
| 経済状況　本人の収入：月額（　　　　　 円 ）内訳：年金（ ）その他（ ）備考： | 家屋（居室を含む）の状況 |   |
|
|
|
|
| 住宅形態　　 　１．持ち家（ 　戸建て　 　集合）　　２．借家 （　 戸建て　 　集合）　３．公営住宅４．その他（　　　 　　　　　）・自室（　 有 　無 　） 有の場合　　 　階・住宅改修（　 有 　　無　 ）有の場合(制度　　　 　　　 　　　　　　　　　　 )・居住環境（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
|
|
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 本人及び家族の意向　　　　 |  |
| 生活歴等(学歴、結婚歴、職歴、地域活動歴等)　　　　 |  |

【健康管理】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　名 | 発症年月日 | 医療機関・医師名（主治医意見書作成者に☆） | 経　過・備　考 |
|  | 　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 既往症 |  |
|  |
| 過去の入所歴等 | 　 |

【サービス利用状況】

|  |  |
| --- | --- |
| □介護給付　　　　　 （　　　　　　　　　　　　） （　　回／　　）　　　　　　　　　　　 　　（　　　　　　　　 　） （　　回／　　）□予防給付　　 　　　（　　　　　　　　　　　　） （　　回／　　）　　　　　　　　 　（　　　　　　　　 　） （　　回／　　）□介護予防・生活支援サービス事業（　　　　　　　　 　） （　　回／　　）　（　　　　　　　　 　） （　　回／　　）□一般介護予防事業（　　　　　　　　 　）（　　回／　　）□生きがい対応型デイサービス （　　回／　　）□自立支援サービス（　　　　　　　　 　） （　　回／　　）　　　　　　　　 　（　　　　　　　　 　） （　　回／　　） | □軽度生活援助　　（　　　　　　　　　 ） （　　回／　　）□「食」の自立支援（　　　　　　　 　 　） （　　回／　　）□移送サービス□福祉電話□緊急通報装置の貸与□日常生活用具の給付（　　　　　　　　　　　）□ご近所の支援（内容　　　　　　　　　　）（　 回／ 　）□その他のサービス　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） （ ） |
|  |
| 相　談結　果 | １　要介護認定申請　　　　　　　　　　　　　　　 ５　　他機関紹介２　介護予防サービス計画作成　　　　　　　　　 ６　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）３　居宅サービス計画作成　　　　　　　　　　　　 ７　　相談完結４　定期的な見守り（　　　　／　　　　） |
|  |
| 特記事項 |

|  |
| --- |
| 　地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、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、およ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、居宅介護予防サービス事業者、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　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |