

様式第2

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日()	来 所・電 話 その他()	初 回 再来(前 /)
本人の状況	在宅・入院又は入所中()		
フリガナ 本人氏名		男・女 M・T・S	年 月 日生()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	
認定情報	非該当・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： 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度)		
障害等認定	身障()・療育()・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		
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=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		続柄	
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・連絡先
		家族構成	家族関係等の状況

利用者基本情報

《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)	一日の生活・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・既往症と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月 日			治療中	
		Tel	経過治療中 その他	
年 月 日			治療中	
		Tel	経過治療中 その他	
年 月 日			治療中	
		Tel	経過治療中 その他	
年 月 日			治療中	
		Tel	経過治療中 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、利用者情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、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。

平成 年 月 日 氏名

印