

利用者基本情報

作成担当者：

作成日： 年 月 日

＜基本情報＞

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の現況	在宅・入院または入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女 M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住所			TEL 1 TEL 2 FAX	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・一次・二次・事業・支1・支2・経過的・介1・介2・介3・介4・介5 認定期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：			
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)・住宅改修 (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)	続柄		家族構成	
住所 連絡先			◎回＝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」 (同居家族等○で囲む)	
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
付加情報	握力	10m歩行速度	開眼片足立時間	
	k g	秒	秒	

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)	1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・既往歴と経過》（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			TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経過中 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、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、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、総合事業におけるサービス等実施者、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。

令和 年 月 日 氏名