地域ケア個別会議　様式２

**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　　／　　） |
| 本人の現状 | 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・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 | 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　　　　　　　）  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：　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 家族構成 ◎＝本人、○＝女性、□＝男性  ●■＝死亡、☆＝キーパンソン  主介護者に 「主」  　　　　　　　　　　　　副介護者に 「副」  　　　　　　　　　　　　（同居家族は○で囲む）  家族関係等の状況 | |
| 住所  連絡先 |  | | | | 続柄 | |  | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |

地域ケア個別会議　様式２

《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 |
| 本人の性格 |

《現病歴・既住歴と経過》（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  （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  経観中  その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |
| 年 月 日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  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、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、総合事業におけるサービス事業等実施者、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。  　　　年　　月　　日　　氏名 　　　　　　　　　　　　　印 |