

基本情報シート

【様式4-2】

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------|--------------------------------|----|-------|----|-------------------|--|--|--|--|--|
| 利用者情報 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ氏名 | 様 男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | |
| 家族情報・緊急連絡先(成人後見人等含む) | 介護者 | 氏名 | 続柄 | 同居・別居 | 住所 | Tel・携帯・Fax・E-mail | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | | |
| 家族関係等で特記すべき事項 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------|--------------|---------------|--|
| 相談の経緯 | 世帯 | 独居・高齢者のみ・他() | |
| | | | |
| 利用者及び家族の主訴・要望 | 家族状況(ジェノグラム) | | |
| (利用者) | | | |
| (家族) | | | |

| 要介護認定状況 | 認定日 | 認定有効期間 | 要介護度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |
|---------|-------|---------|------|---------------|-------|----------------|-------|
| | | | | 主治医意見書 | 認定調査票 | 主治医意見書 | 認定調査票 |
| | 年 月 日 | ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 年 月 日 | ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 年 月 日 | ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 年 月 日 | ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 年 月 日 | ~ 年 月 日 | | | | | |
| 審査会の意見等 | | | | | | | |

| | | | |
|------|-------------------------------|--|--|
| 生活状況 | 生活歴 | | |
| | 趣味・好きなこと | | |
| | 情報リテラシー(ニュースや市広報などへの関心・活用状況等) | | |

| | | | | |
|--------|---------------------------------------|-----------------|--------|-----|
| 住居 | 戸建(平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅()階・他() | | | |
| エレベーター | 無・有() | 所有形態 | 持ち家・借家 | |
| (間取図) | ※段差には▲を記入 | | | |
| 居室 | 専用居室 | 無・有()量 | 手すり | 無・有 |
| | 段差等 | 無・有() | | |
| 便所 | 寝具 | ふとん・ベッド・特殊寝台() | | |
| | 便器 | 和式・洋式・ウォシュレット | 手すり | 無・有 |
| 浴室 | 段差等 | 無・有() | | |
| | 浴室 | 無・有 | シャワー | 無・有 |
| 住宅改修 | 段差等 | 無・有() | | |
| | 時期 | 内容 | | |
| | 年 月 | | | |
| 福祉用具 | 時期 | 内容 | | |
| | 年 月 | | | |
| | 年 月 | | | |

| | | | | |
|------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 病名 | | | | |
| 薬の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 受診頻度 | <input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) | <input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) | <input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) | <input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) |
| | <input type="checkbox"/> 不定期 | <input type="checkbox"/> 不定期 | <input type="checkbox"/> 不定期 | <input type="checkbox"/> 不定期 |
| 受診状況 | 通院・往診 | 通院・往診 | 通院・往診 | 通院・往診 |
| 医療機関 | | | | |

※利用者・家族や関係者、利用者の周りの人々と社会資源の間にある関係を図式化して記入してください。

《記入例》

実線：活用している
破線：活用していない
二重線：開発すべき

保健・医療・福祉サービス：○
インフォーマルサポート：△
他の社会資源：□

強い関係：——
普通の関係：——
今後関係づけたい：-----

ストレスのある関係：

資源・エネルギー・働きかけの向かう方向——→

| 利用しているサービス | サービス内容(フォーマル・インフォーマルサービス含む) | | 頻度 | |
|------------|-----------------------------|--|----|----|
| | | | ／月 | ／週 |
| | | | ／月 | ／週 |
| | | | ／月 | ／週 |
| | | | ／月 | ／週 |
| | | | ／月 | ／週 |
| | | | ／月 | ／週 |

| | | | |
|------|---------------------------|-----------------|------------|
| 医療保険 | 後期高齢・国保・社保・共済・他() | 公費医療等 | 無・有() |
| 障害等 | 無・身障()・療育()・精神()・難病() | | |
| | 障害名() | | |
| 生活保護 | 無・有() 担当者名() | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・他() | 金銭管理者 | 本人・家族・他() |
| 収入額 | 円/月 | 一ヶ月あたりの介護費用の上限額 | 円/月 |