

基本情報

【書式 No.7】

作成日：平成 年 月 日
作成者： _____

1. 利用者本人の氏名・緊急連絡先等

フリガナ			M	
本人氏名		男・女	年齢 T	年 月 日 (歳)
			S	
住 所	〒 - - 電話： - - その他：			

《緊急連絡先》

第1 連絡先	氏名：	男・女 年齢 (歳) 本人との続柄 ()		
	住所：			
	自宅 TEL：	携帯 TEL：		
	勤め先：	e-mail：	@ _____	
	連絡方法・特記：()			
第2 連絡先	氏名：	男・女 年齢 (歳) 本人との続柄 ()		
	住所：			
	自宅 TEL：	携帯 TEL：		
	勤め先：	e-mail：	@ _____	
	連絡方法・特記：()			
主治医	氏名：			
	医療機関名：	住 所：		
	電 話：	携 帯 TEL：		
	その他：()			
緊急時の希望搬送先	病院名 ()	連絡先等 ()		

《家族等（緊急連絡先以外）》 ※ キーパーソンに○印

【家族構成】	介護	性	歳	続柄	備 考

「介護」欄… 主介護者であれば○、副介護者であれば○、協力者であれば△をつける。

2. 担当の介護支援専門員

《担当の介護支援専門員》

氏 名	事業所名：
連絡先	電話： FAX：
変更・備考	

3. 要介護度など

《要介護度》

要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中	H . . ~ H . .
【更新・変更】 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	H . . ~ H . .

《日常自立度判定基準》

寝たきり	J ₁ ・ J ₂ ・ A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁ ・ B ₂ ・ C ₁ ・ C ₂	判定日：H 年 月 日
認知症状	なし ・ I ・ II _a ・ II _b ・ III _a ・ III _b ・ IV ・ M	判定日：H 年 月 日

《認知症状の確認》

確認先等		確認書類	(書類添付)
------	--	------	--------

《公的な支援制度の活用》

支援制度	<input type="checkbox"/> 成年後見人 (補助・保佐・後見・任意) <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護 <input type="checkbox"/> 生活保護
内容等	

《公費・手帳等》

--

4. 生活・住宅環境

【自宅前・周辺】	【自宅内】
住宅環境	住居形態 <input type="checkbox"/> 一軒家 (階) <input type="checkbox"/> アパート・マンション (階) エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

5. 生活歴など

《生活歴》

【生まれ・出身地】
【家族・結婚】
【仕事】
【その他】

《性格》

--

6. 現在利用している介護サービス

《利用している介護保険サービス》

サービス種類	事業所名	頻度・内容等

《利用している社会資源》

サービス種類	事業所名	頻度・内容等

7. その他

《利用の経緯》

--