

利用者基本情報

《受付日時 年 月 日》

対応者： _____

氏名	(被保険者番号)	生年月日		住所							
				電話							
認定等情報	要支1・要支2 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)										
	高齢者日常生活自立度 () 認知症高齢者日常生活自立度 ()										
	事業対象者 基本チェックリスト結果				全般	運動	栄養	口腔	No.16	認知	心
				/20	/5	/2	/3	/1	/3	/5	
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()										
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・施設 () 自室の有無 有 () 階・無 ()、住宅改修の有無 無・有 ()										
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()										
家族構成			緊急連絡先	氏名		電話		住所			

《健康状態》

	発症年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医に☆)		経過	治療中の場合 内容・服薬状況など
	医療情報	年 月 日			TEL	治・経・他
年 月 日				TEL	治・経・他	
年 月 日				TEL	治・経・他	
服薬状況		・なし ・あり (・正しくできる ・正しくできない)				
医療処置		・なし ・あり (インスリン注射 ・在宅酸素 ・ｽﾄﾏｯﾌﾟ・透析 ・その他 ())				
口腔と嚥下	歯	・自分の歯 (本)・義歯 ・歯がなく義歯もない ・義歯があるが使っていない				
	歯と口腔の状況	・問題なし ・口臭あり ・食物残渣あり ・舌苔が多い ・義歯に支障あり ・歯や歯茎に問題あり ・その他 ()				
	飲み込み	・むせずに飲み込める ・むせがある				
栄養等	食欲	・ある ・時々ない ・常がない				
	食事の回数	・1日3回 ・1日2回 (朝 昼 夕) ・不規則				
	体重・BMI	・体重： Kg ・身長 cm BMI： (やせ 標準 肥満)				
排泄	排便	・問題なし ・3日以上便秘あり (薬内服：毎日服用・時々服用・なし) ・便失禁あり				
	排尿	・問題なし ・尿漏れあり ・尿失禁あり (頻度：)				
睡眠	状況	・眠れなくなることはない ・時々眠れなくなる ・毎日眠れない				
	眠剤の服用	・ない ・時々内服 ・毎日内服				
その他	視力	・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり ()				
	聴力	・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり ()				
	コミュニケーション	・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり ()				

《生活歴》

<p>《インフォーマル・フォーマルネットワーク》</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>本人</p> </div>	<p>《地域型利用者のみ記載》</p> <p><課題・問題点等></p> <p><目 標></p> <p><支援が必要なこと></p>
---	---

《現在、利用しているサービス》

※ 地域型の場合は、今後、利用するサービスを☆〇〇と記入する。

公的サービス	非公的サービス・
<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業 ・高齢者支援事業 高齢者短期入所事業・暮らしのお手伝い事業 愛のひと声事業・その他（ ） 	<p>活動している又は、活動する場所</p> <p>自分自身の役割</p> <p>家族等の役割</p>

市や元気高齢課が行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、または、基本チェックリストの情報、利用者基本情報、サービス・支援計画書を、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。

令和 年 月 日 氏名 印