

利用者基本情報 (総合事業)

《受付日時 年 月 日》

対応者: \_\_\_\_\_

氏名	足利 花子		生年月日	住所				
	(被保険者番号 12345 )			電話				
認定等情報	要支1・要支2 有効期限: H28年10月5日~29年4月30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	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	心
			5/20	1/5	1/2	1/1	1/3	3/5
障害等認定	身障 (視力 3級 )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )							
本人の住居環境	自宅・借家・ <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て・集合住宅・施設 ( ) 自室の有無 <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 ) 階・無、住宅改修の有無 無・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 玄関の段差解消 )							
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	●—■ <input checked="" type="checkbox"/> ◎ ○ □ 一人暮らし近隣に姉在住		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	H28年8月3日	大腿骨頸部骨折 変形性膝関節症	〇〇整形外科	TEL	<input checked="" type="checkbox"/> 治・ <input checked="" type="checkbox"/> 経・他	月1回受診 加ワム: 週1回内服
	H8年1月2日	高血圧	〇〇内科	☆ TEL	<input checked="" type="checkbox"/> 治・ <input checked="" type="checkbox"/> 経・他	3か月に1回受診 降圧剤内服
	年月日			TEL	治・ <input checked="" type="checkbox"/> 経・他	
	服薬状況	・なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 正しくできる ・正しくできない )				
	医療処置	・ <input checked="" type="checkbox"/> なし ・あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 注射 ・在宅酸素 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 透析 ・その他 ( ) )				
口腔と嚥下	歯	・自分の歯 (18本) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	・ <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし ・口臭あり ・食物残渣あり ・舌苔が多い ・義歯に使用あり ・歯や歯茎に問題あり ・その他 ( )				
	飲み込み	・ <input checked="" type="checkbox"/> むせずに飲み込める ・むせがある				
栄養等	食欲	・ある ・ <input checked="" type="checkbox"/> 時々ない ・常にない				
	食事の回数	・ <input checked="" type="checkbox"/> 1日3回 ・1日2回 ( 朝 昼 夕 ) ・不規則				
	体重・BMI	・体重: 55Kg ・身長 154 cm BMI: ( やせ 標準 肥満 )				
排泄	排便	・問題なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> 3日以上便秘あり (薬内服: 毎日服用・ <input checked="" type="checkbox"/> 時々服用・なし ) ・便失禁あり				
	排尿	・ <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし ・尿漏れあり ・尿失禁あり (頻度: )				
睡眠	状況	・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	・ <input checked="" type="checkbox"/> ない ・時々内服 ・毎日内服				
その他	視力	・日常生活に支障なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障あり (右の視野狭窄あり )				
	聴力	・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	・ <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり ( )				

※医療情報の欄が足りない場合は、別紙に記入をお願いします。

《生活歴》

足利市に生まれ、20代で結婚し育児がひと段落したころから、保険会社の仕事を始め、家事と仕事を行っていた。  
75歳までは仕事をしていたが、その後、体調を崩し、娘の支援を受けて生活している。

<p>《インフォーマル・フォーマルネットワーク》</p> <p>本人</p> <p>通所型 1/週</p> <p>近隣住民 Aさん</p> <p>友人</p> <p>生協 1/週</p> <p>主治医 1/3月</p> <p>夫</p> <p>長女(キーパーソン)</p> <p>長男</p> <p>姉家族</p> <p>本人やその家族を取り巻くネットワークを記載。線の太さは関係性を表す</p>	<p>《地域型利用者のみ記載》</p> <p>&lt;課題・問題点等&gt;</p> <p>&lt;目 標&gt;</p> <p>&lt;支援が必要なこと&gt;</p>
--	---

《現在、利用しているサービス》

※ 地域型の場合は、利用するサービスの前に☆を記入する。

公的サービス	日々の活動及び役割
<p>・総合事業 通所型 ○○事業者 火 利用</p> <p>短期集中訪問型 ○○事業所 木 利用</p> <p>・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</p> <p>愛のひと声事業・その他（ ）</p>	<p>1 地域活動の参加 書道を月1回 自治会館(○○会) 友人の送迎</p> <p>2 配食・移送などサービス</p> <p>3 自分自身の役割</p> <p>4 家族等の役割 週2回、娘が来訪し買い物(週1回は、一緒に行く)</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

代筆の場合は、下記に代筆者の氏名と関係を記入

代筆者氏名 ( )