

秘 基本情報シート

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	住所		Tel ()			
氏名					()			
M.T.S.H 年 月 日生 歳					-			
緊急連絡先		続柄	住所		Tel ()			
氏名					-			
世帯状況等	氏名	生年月日	年齢	続柄	同居○印	介護者◎協力者○	介護状況	備考
生活歴							趣味	
家族構成図	住宅状況		経済状況	1. 収入状況				
	・持家() ・賃貸() ・ベッド()・無 ・トイレ 和・洋 ・その他			年金()・その他() 2. 課税世帯区分 生保/市民税・所得税非課税/所得税のみ非課税/ 市民税・所得税課税 3. 保険 医療 国保 ・ 社保(本人・家族) 後期高齢 ・ 老・身・特 介護 第1号・第2号				
インフォーマルな支援								
療養状況	疾患名					既往歴		
	経	医療機関		T E L	受診状況			
過	服薬					バイタルサイン		
						Bp / mmHg		
						P 回/分(整・不整)		

要介護認定申請	未・中・済	要介護度	支(1・2)・介(1・2・3・4・5)	認定有効期間	年 月 日～ 年 月末
障害の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		

心身の状況	A D L	障害状況	備考	自立	一部介助	全面介助	備考	
		麻痺	有 無					歩行
		拘縮	有 無					立ち上がり
		言語	有 無					起き上がり
		理解	有 無					寝返り
		視力	有 無					衣服着脱
		聴力	有 無					排泄
		認知症	有 無					大
		その他						小
								入浴
保健福祉サービス	I A D L	1. 身障手帳 有(種級)・無						
		交付年月日 (年月日)		障害部位				
		2. 介護手当 有(障・老)・無						
		3. 住宅改造 有()・無						
		4. 日常生活用具給付 有(障・老)・無						
		5. その他						
		1. 通所介護 有()・無		相談内容: 援助方針:				
		2. 通所リハビリ 有()・無						
		3. 訪問介護 有()・無						
		4. 訪問看護 有()・無						
5. 訪問リハビリ 有()・無								
6. 訪問入浴介護 有()・無								
7. 短期入所生活介護 有()・無								
8. 短期入所療養介護 有()・無								
9. 福祉用具貸与 有()・無								
10. 特定福祉用具販売 有()・無								
11. 認知症対応型通所介護 有()・無								
12. 小規模多機能型居宅介護 有()・無								
13. その他 有()・無								
関係機関								
支援センター		民生委員						
保健師		居宅介護支援事業者		所属:	氏名:			
ワーカー		その他						