

# 利用者基本情報

・相談日、本人の現況(在宅、入院等)本人氏名(被保険者)、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号を記入してください。  
 ・該当するものに○を付けてください。

ケアプランの作成者の名前を記入してください。

## 利用者基本情報

記入不要

作成担当者: **京都太郎**

### 《基本情報》

相談日	2年 4月 1日 (水)	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
本人の現況	<input checked="" type="radio"/> 在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	キョウト タロウ 京都太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	M・T・S 20年 1月 1日生 (75) 歳
住所	京都市中京区〇〇〇	Tel	075 (111) 1111
		Fax	( )
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・ 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="radio"/> 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・ <input checked="" type="radio"/> 要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 30年 5月 6日 ~ 4年 5月 5日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者以外該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日		
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )		
本人の 住居環境	<input checked="" type="radio"/> 自宅・借家・ <input checked="" type="radio"/> 戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無 <input checked="" type="radio"/>		
経済状況	<input checked="" type="radio"/> 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来所者 (相談者)	京都花子		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住所 連絡先	京都市中京区〇〇〇	続柄 妻	
	氏名	続柄	
緊急連絡先	京都花子	妻	090-111-1111
			家族関係等の状況

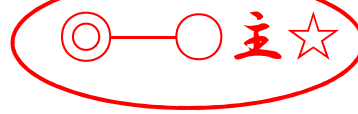
記入不要

主治医に確認のうえ記入してください。

被保険者証を確認のうえ記入してください。

該当するものに○を付けてください。※複数回答可

来所者の氏名、住所、続柄、緊急連絡先を記入してください。



今までの生活、現在の生活状況を記入してください。

《介護予防に関する事項》

今までの生活	持ち家に夫婦2人で住んでいる。定年退職後、町内の集まりやすこやかクラブ等を通して社会参加していた。しかし、昨年、腰椎を圧迫骨折したため、だんだん身体が思うように動かなくなってきた。介助がないと動けない程ではないが、不便を感じている。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	DVDを借りてきて観たり、新聞を読んだりして過ごしている。都合が合えば妻と一緒に近所を散歩したりしている。一人で気ままに外出することはあまりない。		・散歩 ・映画鑑賞
	時間	本人	介護者・家族
	6:00	起床	炊事、洗濯、掃除
	7:30	朝食	
	12:00	昼食	
	19:30	夕食	
	22:00	就寝	
	友人・地域との関係		
	町内の集まり等に参加していたので、近所の友人は多く、関係は良好。しかし、最近町内の集まり等に顔を出せていない。		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
令和元年10月11日	腰椎圧迫骨折	京都病院	Tel 123-4567	治療中 経観中 その他 月一回の通院
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他
年 月 日				

現在の病歴と既往歴と経過等を記入してください。

既に利用しているものがあれば記入してください。  
例  
・介護サービス(福祉用具レンタル等)  
・配食サービス

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施本チェックリスト記入内容、要介護認定・果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者、居宅サービス事業者、総合事業における事業の実施に必要な範囲で関係する者に提

既に利用しているものがあれば記入してください。  
例  
・保険外のヘルパーの利用  
・近所に住む娘が週に1回買い物に連れて行ってくれる

令和 年 月 日 氏名 印

記入不要