

ふりがな			受講番号														
利用者氏名	XX A子		受講者氏名														
基本情報シート (1/2)																	
相談者氏名		続柄	本人・家族・他 ( )		受付日	年	月	日	受付対応者	受付方法		来所・電話・他 ( )					
前回アセスメント状況		実施年月日	年	月	日	理由	初回	更新	状態の変化	退院	退所	他 ( )	実施場所	自宅・病院・施設・他 ( )			
生年月日			86歳	性別	男・女	被保険者番号	要介護状態区分										
現住所	〒					自宅TEL	家族状況 (ジエノグラム)	世帯	独居・高齢者のみ・他 (3人暮らし)								
						携帯TEL											
FAX																	
E-mail																	
家族情報・緊急連絡先	介護者	緊急の連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先										
			長男	同・別													
	主		長男の配偶者	同・別													
				同・別													
				同・別													
				同・別													
住居の状況	住居	戸建(平屋 2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅 ( )階・他 ( )					生活歴						趣味・好きなこと				
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 ( )	所有形態	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家	賃家	トイレ	和式・洋式	<input checked="" type="checkbox"/> ウオシュレット	25歳で結婚、以降専業主婦。夫は5年前に他界し、長男夫婦と同居を開始。						もともと温厚で活動的。地域活動に熱心に取り組んでいた。自宅では園芸が趣味であった。書道が好きで入賞したことがある。	
	(住宅間取図)										住居に対する特記事項						
											なし						
											改修の必要性 ( <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 有 )						

5年前に  
他界

家族状況 (ジエノグラム)

特記事項

生活状況

情報収集源・情報活用状況

長男、長男の配偶者から聞き取り

## 様式3

ふりがな									受講番号														
利用者氏名	XX A子								受講者氏名	田中 英子													
利用者 の被 保 険 者 情 報	介護保険	申請中	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	認定情報	認定日	令和3年12月1日			有効期限	令和3年12月1日 ~ 令和7年11月30日							
	医療保険	後期高齢	国保	社保	共済	他( )					支給限度額等	単位／月											
	公費医療等	無	有( )								審査会の意見	なし											
	障害等	無	身障(種級)	精神(級)	療育(度)							障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		難病( )	障害等名( )								認定調査票	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
	生活保護	無	有( )	担当者名							認知症高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
	経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他( )							認定調査票	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	収入額・支出額	収入(円/年)	17万円／月		支出(円/月)																		
金銭管理者	本人	家族(長男の配偶者)	他( )																				
病歴	発症時期	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に○)						経過	受診状況				治療内容									
	平成29年4月	アルツハイマー型認知症	※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他	1ヶ月に1回	定期受診	内服治療中										
	平成7年10月	高血圧	※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他	2ヶ月に1回	定期受診	内服治療中										
	平成7月10月	神経痛	※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他	2ヶ月に1回	定期受診	貼付剤治療中										
			※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他													
			※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他													
			※アルファベット表記						TEL	治療・経観・他													
特 記 事 項	なし							相談内容	・日中、黙って出かけて、迷子になる騒動への対応により、体調を崩してしまった。このままでは介護が継続できない。(長男の配偶者)														
利用 して いる サー ビス	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先	主訴	利用 望 者 の																
	通所介護	2/月・週	※アルファベット表記																				
	福祉用具貸与	/月・週	※アルファベット表記																				
		/月・週	※アルファベット表記																				
		/月・週	※アルファベット表記																				
		/月・週	※アルファベット表記																				
		/月・週	※アルファベット表記																				
		/月・週	※アルファベット表記																				
要 望 者 の	・本人の希望にそって、できるだけ家で暮らし続けてほしいが、行方が分からなくなるのは困る。																						
	・最近、ぼーっとしていたり、不安げであったりすることが多く、心配している。																						
	・認知症の進行が止まって、安心して暮らせるようになってほしい。																						