**基　本　情　報**

受講申し込み者氏名：

主任01

※提出ケアプラン作成時点（ 　　 年 月 　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | Ａ | | 性別 | 男 ・ 女 | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和　　　年（　　歳） | | | | | | | |
| 住　所 | Ｂ　　市　町　村 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主　訴 | 〔相談経路〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔本人・家族の要望〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活歴・  生活状況 | 〔生活歴〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔趣味・特技〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔家族状況〕  ※家族構成図（ジェノグラム）を記載してください。 | | | | | | | | 続柄 | | 年齢 | 同別居 | | | 健康状態 | | 就労状況 |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
| 健康管理  ※かかりつけ医のNoに○をつける | No. | 病　名 | | | | 初診年月日 | | | 医療機関  （病院、診療所）  ※固有名詞は伏せる | | | | | 診療科 | | | |
| 1 |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 2 |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 3 |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 4 |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 5 |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 服薬情報 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活  自 立 度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | | | |  | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | | |  | |
| 認定情報 | 要介護度：  　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 認定日 | | | 年 　月　 日 | | | | |
| ｱｾｽﾒﾝﾄ  理　由 | 新規　・　更新　 ・ 　区分変更　 ・　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の  他法関係  情　　報 | 【医療保険の種類　　　　　　】【年金の種類　　　　　　　】【生活保護受給　有　・無　】  【障害者関係手帳（身体、知的、精神） 　　等級等の程度】取得年月日　　　　【難病認定　　 】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在利用  している  サービス | （フォーマル・インフォーマルを含めて） | | | | | | | | | | | | | | | | |