

フリガナ	
利用者氏名	様

基本情報シート (1/2)

作成日	令和06年12月09日
作成者	fds-stf

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	年 月 日	歳	性別	男・女	被保険者番号		要介護状態区分	
------	-------	---	----	-----	--------	--	---------	--

住所	〒				自宅TEL		家族状況(シエノグラム)	世帯	独居・高齢者のみ・他(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	特記事項	
					同居・別居				
					同居・別居				
					同居・別居				
					同居・別居				
					同居・別居				

住居の状況	住居	戸建()・アパート・マンション・公営住宅()階・他()						生活状況	生活歴	趣味・好きなこと
	エレベーター	無・有()	所有形態	持ち家・貸家	トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座				
	(住宅間取図)				自宅周辺の環境や住居に対する特記事項					
					改善の必要性	(無・有)			情報収集源・情報活用状況	

フリガナ	
利用者氏名	様

基本情報シート (2/2)

作成日	令和06年12月09日
作成者	fds-stf

利用者 利用 者 の 社 情 会 報 保 障 制 度 の	介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	負担割合 (割)	認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 他 ()		支給限度額等	単位/月		
	公費医療等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		審査会の意見			
	障害等	<input type="checkbox"/> 無 身障(種 級) 精神(級) 療育(度) 難病() 障害等名()	認定情報等	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	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 担当者名		認定調査票	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 他 ()		介護支援専門員	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	収入額・支出額	収入 (円/月)	支出 (円/月)	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	
金銭管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 他()		認定調査票	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
			介護支援専門員	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			

病歴	発症時期	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に○)・連絡先	経過	受診状況	治療内容
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		
	年 月		TEL	治療・経観・他		

利用しているサービス	薬局名				<input type="checkbox"/> かかりつけ	相談内容
	特記事項					
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・意向 利用者の要望 家族の要望