|  |  |
| --- | --- |
| 作成担当者：新予防給付・総合事業　利用者基本情報 |  |
| 相 談 日 | 平成　　年　　月　　日(　　) | 来　所・電　話 | 初　回 |
| その他(　　　　　) | 再来（前 | (　　　/　　　) |
| 本人の現況 | 在宅・入院又は入所中（ |  | ） |  |
| フリガナ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ | 年　　月　　日生(　　)歳 |
| 本人氏名 |
| 住　　所 |  | Tel | 　　- |
| 日常生活自立度 | 障害自立度 |  | 障害等認定 | 身障( ) 療育( ) 精神( ) 難病( ) |
| 認知症自立度 |  |
| 認定・総合事業情報 | 非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５ |
| 有効期限： | H　　年　　月　　日 ～ H　　年　　月　　日 | (前回の介護度 |  | ) |
| 基本チェックリスト　事業対象者の該当：あり・なし　　記入日：　　　年　　月　　日 |  |
| 本人の住居環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（ |  | ）階、 | 住宅改修の有無 |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・ | 家族構成 |
| 来所者(相談者) |  |  |
| 住所連絡先 |  | 続柄 |  |
| 緊急連絡先(親族含む) | 氏　名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 今までの生活 |  |
| 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 | 友人・地域との関係 |
|  |  |
| 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 |
| 年　　月　　日 |  |  |  | Tel |  |  |
|  |
| 年　　月　　日 |  |  |  | Tel |  |  |
|  |
| 年　　月　　日 |  |  |  | Tel |  |  |
|  |
|  |  | 公的サービス | 非公的サービス |
|  |  |  |  |

様式４