事　例　概　要

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 介護支援専門員氏名 |  |
| 利用者名（イニシャル1字） | 　様 | 男 ・ 女 | 歳 | 居住地区： |
| 認定情報 | 非該当・事業対象者・要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 有効期限：　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　　（前回の介護度：　　　） |
| 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・Ｃ２ |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ |
| 障害等認定 | 身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　） |
| ADL身体状況 |  |
| 住居生活環境 | 持家・賃貸 | 一戸建て・集合住宅 | 自室（有（　）階・無） | 住宅改修（有・無） |
| ※上記から当てはまるものをそれぞれ選択し、下に詳細を記入 |
|  |
| 今までの生活生活歴 |  |
| 家族・介護者との関係や状況 | 主介護者： |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他（　　　　　）※上記から当てはまるものを全て選択し、下に詳細を記入 |
| 収入：月額約　　　円 |

≪基本情報≫

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談日等 | 相談日： | エコマップ |  | ◎＝本人○＝女性□＝男性●■＝死亡☆＝ｷｰﾊﾟｰｿﾝ同居家族は○で囲む |
| 来所・電話・その他（　　　） |
| 相談者続柄： |
| 初回・　　回目 |
| 緊急連絡先 | 続柄 | 居住市区町村（県外の場合は都道府県） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

≪その他生活に関する事項≫

|  |  |
| --- | --- |
| 趣味・楽しみ特技 |  |
| 友人・地域との関係 |  |

≪現病歴・既往歴と経過≫新しいものから記入し、現在の状況に関連するものは必ず記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 病名 | 医療機関種別 | 経過 | 治療中の場合は内容 |
|  |  |  | 治療中経観中完治その他 |  |
|  |  |  | 治療中経観中完治その他 |  |
|  |  |  | 治療中経観中完治その他 |  |
|  |  |  | 治療中経観中完治その他 |  |