

# 基本情報シート（稲城市版）

※個人名ではなく、イニシャル等で記入してください。

利用者氏名											作成日	令和	年	月	日				
											作成者								
	相談者氏名				続柄	本人・家族・他（ ）			受付日			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						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	明・大・昭	年	月	歳	性別	男・女											要介護状態区分
------	-------	---	---	---	----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

現住所	市内（平尾・坂浜・押立・矢野口・大丸・東長沼・百村・向陽台・長峰・若葉台）										家族状況（シエノグラム）	世帯	独居・高齢者のみ・他（ ）			人暮らし
	都内（ ） ・ 都外（ ） 道府県															

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	
					同・別	市内・都内（ ） ・ 都外（ ） 道府県	
					同・別	市内・都内（ ） ・ 都外（ ） 道府県	
					同・別	市内・都内（ ） ・ 都外（ ） 道府県	
					同・別	市内・都内（ ） ・ 都外（ ） 道府県	
							特記事項

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									
							改修の必要性	( 無 ・ 有 )							情報収集源・情報活用状況	

利用者氏名

# 基本情報シート（稲城市版）

※個人名ではなく、イニシャル等で記入してください。

作成日 令和 年 月 日  
作成者

利用者の 情報等 社会保 障制 度の 利用	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	負担割合（ 割）	認定日	有効期間		～										
	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												
	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／月）				支出（ 円／月）						介護支援専門員	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
	金銭管理者	本人	家族（ ）			他（ ）																		
	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○）						経過	受診状況		治療内容									
										治療・経観・他														
										治療・経観・他														
										治療・経観・他														
										治療・経観・他														
										治療・経観・他														
										治療・経観・他														
	薬局名				<input type="checkbox"/> かかりつけ																			
利用しているサービス	持記事項											相談内容												
	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等								主訴・意向													
													利用者の 要望の											
														家族の 要望の										