

基 本 情 報 (記入例)

※提出ケアプラン作成時点 (平成・令和 年 月 日)

利用者名	Aさん		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女	生年月日	明治・大正・昭和	年 (87歳)	
住 所	市町村							
主 訴	〔相談・把握経路〕 長男より、父親の在宅生活での支援について事業所に来所							
	〔本人・家族の要望〕 本人の希望 :							
	家族の希望 :							
生活歴・生活状況	〔生活歴〕 本人の生活史を概略にして記載							
	〔趣味・特技〕							
	〔家族状況〕 ※家族構成図を記載してください。同居者は○で囲む。			続柄	年齢	同別居	健康状態	就労状況
				妻	80	同居	腰痛あり	なし
				長男	45	〃	良	会社員
			長女	47	別居	〃	パート	
			次女	40	〃	〃	保育士	
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	服薬情報	
	1	脳梗塞	H28年10月11日	F 診療所		内科	全て記入してください。書ききれない場合には、裏面に記載してください。	
	2	脳梗塞	H28年10月11日	H 病院		〃		
	3	脳梗塞	H28年11月12日	I 病院		リハビリテーション科		
	4	高血圧症	H27年9月頃	F 診療所		内科		
	5	糖尿病疑	H27年9月頃	〃		〃		
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 2 (平成・令和 年 月 日 ～平成・令和 年 月 日)				認定日	平成・令和 年 月 日		
アセスメント 理 由	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)							