**基本情報に関する項目**

模擬４

*【 テキスト上巻　Ｐ268～303　参照 】*

|  |  |
| --- | --- |
| 指定番号 |  |
| 受講者氏名 |  |

※氏名、住所等の固有名詞はイニシャルや○○、△△で記入

受付日：　　　年　　月　　日（　　）　受付方法：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | | | （　　歳） | |
| 住　　所 |  | | | 電話番号 | | |  | |
| 相談までの経緯 | ［相談内容］ | | | | | | | |
| 主訴・意向 | ［本人・家族の要望］ | | | | | | | |
| これまでの生活と現在の状況 | ［生活歴］ | | | | ［家族状況］□：男性、○：女性　 ＊数字は年齢 | | | |
|  | | | |
| 病　　歴 | ［経過・病歴等］ | | | | ［主治医・服薬］ | | | |
|  | | | | 主治医  服薬：退院処方箋 | | | |
| 日常生活自立度 | 日常生活自立度（障害） | |  | | 日常生活自立度（認知症） | | |  |
| 介護支援専門員からみた現在の自立 |  | |  | |  | | |  |
| 認定情報 |  | | | | | | | |
| 今回のアセスメ  ントの理由 |  | | | | | | | |
| 利用者の社会保障制度の利用情報 |  | | | | 家屋状況 |  | | |
| 現在利用している支援や社会資源の状況 |  | | | |