

基本情報シート

作成日	令和 7 年 9 月 2 日	現在
作成者	〇〇 〇〇	

受付日	平成 28 年 7 月 11 日 (月)	受付対応者		受付方法	(来所・電話・他 ())
相談者氏名	△△CMより	続柄	本人・家族・ (他) (担当CM)	連絡先	042-600-0000
アセスメント理由	初回・更新・状態の変化・退院・ (退所) ・他 (ケアプラン点検)				

利用者情報	被保険者番号						
	フリガナ氏名			様	男・ ☒ 女	生年月日	明治・大正・ ☒ 昭和 ☐ 年 ▲ 月 6 日 (89 歳)
	住所	〒192-0000				Tel	042-●●●-■■■■
		八王子市				携帯	
Fax							
					E-mail		

介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	Tel・携帯・Fax・E-mail
②		弟	同・ ☒ 別	八王子市	090-
		妹	同・ ☒ 別	八王子市	090-
①		長男	同・ ☒ 別	八王子市	090-

家族関係等で特記すべき事項

隣に弟が住んでいて、通院などの送り迎えを手伝ってくれている。息子や妹も八王子市内に住んでいて協力的。

主訴・意向	相談の経緯	世帯	(独居)・高齢者のみ・他 ()
	利用者及び家族等の主訴・意向 (利用者) 足のしびれがなくなってほしい。 転んだりすることが多くて困っている。 (家族等) 通院とか駅までの送り迎えは今まで通りやります。転ばないでほしい。(弟)ボケたら困るので、今できていることは続けてほしい。今後は、息子である自分が面倒を見ていこうと思っている。(長男)	家族状況 (ジェノグラム)	

要介護認定状況	認定日	認定有効期間	要介護度	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	
				主治医意見書	認定調査票	主治医意見書	認定調査票
	令和3年1月14日	令和3年2月1日 ～令和3年7月31日	要介護1	A1	A1	I	I
	令和3年7月2日	令和3年8月1日 ～令和6年7月31日	要介護1	A1	A1	I	I
	令和6年7月25日	令和6年8月1日 ～令和9年7月31日	要介護1	A1	A1	I	Ⅱa
	年 月 日	～ 年 月 日					
	年 月 日	～ 年 月 日					
審査会の意見等							
負担割合	交付年月日	適用期間	負担割合	交付年月日	適用期間	負担割合	
	令和6年7月16日	令和6年8月1日 ～令和7年7月31日	1割	年 月 日	～ 年 月 日		
	令和7年7月15日	令和7年8月1日 ～令和8年7月31日	1割	年 月 日	～ 年 月 日		

住居の状況	住居	戸建（平屋・2階建以上）・アパート・マンション・公営住宅（ ）階・他（ ）					
	エレベーター	（無・有（ ））		所有形態	（持ち家 ・ 借家）		
生活状況	（間取図）						
	居室	専用居室	無・有（ 8 ）畳		手すり	無・有（ ）	
		段差等	（無・有（ ））				
		寝具	ふとん・ベッド・特殊寝台（ ）				
	トイレ	便器	和式・洋式・温水洗浄便座		手すり	無・有（ ）	
		段差等	（無・有（ ））				
	浴室	浴室	無・有（ ）	シャワー	無・有（ ）	手すり	無・有（ ）
		段差等	（無・有（ ））				
		特記事項	浴室、浴槽手すり購入 以前は2階の部屋で寝起きしていたが、腰の術後は、1階の和室で寝起きしている。現在は2階に行くことは全くない。				
生活歴	●●県生まれ。25歳で結婚し、長男を出産。30歳のときに離婚し、■■区役所の職員として働きながら、1人で息子を育てた。定年後に、姉の介護のために八王子市に転居し、姉の隣の家で生活を始めた。腰椎狭窄症の手術をしてから、足のしびれがひどく、外出の機会が少なくなった。姉が特養に入所してからは、弟が姉の家に越してきて、月に1度の受診には弟が送り迎えをしてくれている。						
	趣味・好きなこと						
	兄弟と会うことや食事をする、友人と電話で話しをすることが楽しみ。						
	情報リテラシー（ニュースや市広報などへの関心・活用状況等）						
ニュースを中心にワイドショーを見ている。							
生活リズム							
薬の副作用で日中いつも眠い。夜は眠りが浅くなる。							
病歴	病名	発症時期	治療内容	受診状況	医療機関・主治医（連絡先）※意見書作成者に○		
	腰椎狭窄症	H10	定期受診、服薬（H27.1.22手術）	1／（月）週	●●病院■■先生（O42-）		
	腰椎変則彎症	H10	同上	1／（月）週	〃		
	白内障	不明	定期受診、点眼	／月・週	通っていない		
	消化管出血の疑い	R1.10	〇〇病院に入院したが、原因不明	／月・週	通っていない		
	糖尿病	不明	服薬コントロール	1／（月）週	△△病院××先生（O42-）（内科）		
				／月・週			
				／月・週			
	特記すべき事項（主治医の指示・本人の病識等）						
	△△病院××先生（内科）：少し気をつければ、HbA1cはコントロールできる。運動と食事に気をつけること。 本人：糖尿については、食事内容や甘いもの等の指摘を受けているが、つい好きなので食べてしまう。						
かかりつけ薬局名		●●薬局					
利用している支援	サービス内容	頻度	事業所・ボランティア団体等	担当者	連絡先		
	通所介護	3／月（週）					
	訪問介護	2／月（週）					
	訪問リハビリ	1／月（週）					
	福祉用具	／月・週					
住宅改修	時期	内容		改修費用	改修業者		
	平成28年3月31日	廊下、手すり、トイレ、外手すり		円			
	年 月 日			円			
	年 月 日			円			
福祉用具購入	時期	品名		購入金額	販売業者		
	平成28年10月16日	浴槽手すり		円			
	年 月 日			円			
	年 月 日			円			
医療保険	後期高齢・国保・社保・共済・他（ ）			公費医療等	（無・有（ ））		
障害等	（無・身障（ ））・療育（ ））・精神（ ））・難病（ ））						
生活保護	（無・有（ ）） 担当者名（ ）						
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・他（ ）			金銭管理者	本人・（家族）他（ ）		
収入額	円／月		一ヶ月あたりの介護費用の上限額		円／月		