

受講番号:

受講生氏名:

利用者基本情報(表面) -バイジー(担当ケアマネ)から聞き取った事例の概要-

<<基本情報>>

相談日	年 月 日()	来所・電話 その他()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
本人氏名 (イニシャル)		男・女	M・T・S 年 月 日生()歳	
住所			Tel ()	
			Fax ()	
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度)			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、・・・()			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・			
来所者(相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所連絡先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
バイジー(担当ケアマネ)が担当となった経緯 				