**基本情報シート**　所属名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 年　　　　月 | | テーマ |  | | | | |
| 提出  意図 |  | | | | | | | |
| 紹介者 |  | 紹介時  主　訴 | | |  | | | |
| 氏　名 | 様 | 性別 | | | 男・女 | 生年月日 | | 明・大・昭・平　　　　　　年生まれ(　　　　　　歳) |
| 本　人  家族の  主　訴  要　望 | <本人の主訴・要望>  <家族の主訴・要望> | | | | | | | |
| 生活歴  　　・  職　歴  ・  既往歴 |  | | | | | | <家族構成> | |
| 介　護  認　定 | 初回認定　　　　 年　　 　月 　　　日  現介護度　　要支援 ・ Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ | | | | | | 障害の日常生活自立度　　 < > | |
| 認知症日常生活自立度　　 < > | |
| 被保険者情報 | ・医療保険：健保　・　国保　・　老人　　　・身障手帳：　　種　　級(　　　　　　　　　　　)  ・収入状況:　自営・給与・年金、月額約　　　万円。 | | | | | | | |
| 援助の経　過 |  | | | | | | | |
| 検討  事項  及び  考察 |  | | | | | | | |
| 自　己  紹　介 |  | | | | | | | |