**基　　本　　情　　報**

**受付日（　　　　　　　　　）　　受付者（　　　　　　　　）　　受付方法（電話・来所・　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１** | **利用者名※** |  | **性別** |  | **生年月日※** |  |
| **住　　所※** | **＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊** | **電話番号※** | **(＊＊＊)－＊＊＊** |
| **７** | **主　　訴** | **〔本人・家族の要望〕** |
| **２** | **生活歴・****生活状況** | **〔生活歴〕** | **〔家族状況〕** |
| **〔経過・病歴等〕** | **〔主治医〕** |
| **５****６** | **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 |
| **８** | **認定情報** |  | **認定日** |  |
| **９** | **課題分析(アセスメント)理由** |  |
| **３** | **利用者の****被保険者****情　　報** |  |
| **４** | **現在利用****している****サービス** |  |

 ※個人情報に関わるため、本研修では「利用者名」をイニシャルで、「生年月日」を年齢で記入して下さい。

また、「住所」や「電話番号」は記入しないで下さい。