

A-1 基本情報(私の基本情報シート)

事業者名 _____

記入日:20 ____年 ____月 ____日/記入者 _____

◎私の基本情報とサービス利用までの経過をみんなで共有してください。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護度	認知症の人の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症関連の評価 (スケール名: _____)
名前		歳				
誕生日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	家族や知人の連絡先(連絡が付きやすい手段を記入)			
住民票がある住所	〒 _____	電話 _____ FAX _____	本人との続柄・関係	氏名	TEL/携帯/メール/FAX	
			1			
			2			
			3			
認知症の診断名 _____			診断を受けた医療機関 _____			(いつ頃か ____年 ____月)
サービスを利用するまでの経過 (家族や周囲の人が認知症の状況に気づいてからの経過)						
年 月	様子 ※症状に気づいた時期、要介護認定を受けた時期、サービス開始時期など	その時にあった事など(背景)				
<input type="checkbox"/> 介護保険 被保険者番号 _____ 保険者番号 _____ 資格取得 ____年 ____月 ____日			<input type="checkbox"/> 健康保険 保険の種類 _____ 被保険者名 _____ 被保険者との続柄 (_____)			
<input type="checkbox"/> 経済状態(年金の種類等) 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他(_____) 月額 _____ 円			<input type="checkbox"/> 公費負担医療 適用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (_____)障害者手帳 _____ 種 _____ 等			
			<input type="checkbox"/> 就労状態(_____)			