様式2‐③　　　**基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | | | | | 受講者氏名 | |  | |
| 利用者氏名 | Ａさん | 性別 | |  | | 生年月日 | |  | |
| 住所 |  | | | | | 電話番号 | |  | |
| 相談までの経緯 | 〔相談内容〕  模擬ケアプラン作成実習 | | | | | | | | |
| 主訴・意向 | 〔本人・家族の要望〕 | | | | | | | | |
| これまでの生活と現在の状況 | 〔生活歴〕 | | | | 〔家族状況〕　□：男性　〇：女性　※数字は年齢 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 病歴 | 〔経過・病歴等〕 | | | | 〔主治医・服薬〕 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 日常生活自立度 | （障がい）主治医意見書 | |  | | （認知症）主治医意見書 | | | |  |
| 日常生活自立度 | （障がい）介護支援専門員の現在の評価 | |  | | （認知症）介護支援専門員の現在の評価 | | | |  |
| 認定情報 |  | | | | | | | | |
| 今回のアセスメントの理由 | 模擬ケアプラン作成実習 | | | | | | | | |
| 利用者の社会保障制度の利用情報 |  | | | | 家屋状況 | |  | | |
| 現在利用している支援や社会資源の状況 |  | | | |