

資料作成における注意事項

「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」作成の際、以下のとおり、利用者氏名等の個人情報については下記を参考に個人が特定できないように記載してください。
なお、ケアプラン1～5表については、マスキング等の必要はありません。

【基本情報シート】

ふりがな	A・B		基本情報シート (1/2)										作成日								
利用者氏名	A・B		相談者氏名	続柄	本人・家族・他()	受付日	受付時間	受付方法	来所・電話・他()	前回アセスメント状況	実施年月日	理由	初回	更新	再評価	退院	退所	他()	実施場所	自宅・病院・施設・他()	
生年月日	記入不要		性別	男・女	被保険者番号	記入不要										要介護状態区分					
現住所	世田谷区〇〇(町名まで記入)		自宅TEL	記入不要		携帯TEL	記入不要		家	世帯	独居・高齢者のみ・他()	記入不要									
			FAX	記入不要		E-mail	記入不要														
家族情報・緊急連絡先	氏名	続柄	関係・別居	住所		連絡先															
1	C・D	長女	同・別	××県△△市〇〇区		記入不要															
2			同・別			記入不要															
3						記入不要															
住居	戸建()・アパート・マンション・公営住宅() 階・他()		エレベーター		無・有()	所有形態	持ち家・賃貸	トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座	生活歴		趣味・好きなこと									
(住居間取図)					自宅周辺の環境や住居に対する特記事項																

●利用者氏名、家族氏名は頭文字で記入してください

●生年月日、被保険者番号は記入不要です

●利用者住所は町名まで記入してください

●家族の住所は区市町村まで記入してください

●連絡先は記入不要です

ふりがな	A・B		基本情報シート (2/2)										作成日							
利用者氏名	A・B												作成者							
利用者の社会情報等	介護保険	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済	申請済
医療保険	後期高齢者医療												認定日	有効期間	～					
公費医療等	療養費												支給限度額等	単位/月						
障害等	障害()												審査会の意見							
生活保護	無()												主治医意見書	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他()											認定調査票	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
収入・支出	収入()	円/月	支出()	円/月											介護支援専門員	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
金銭管理	本人	家族()	他()											主治医意見書	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
金銭管理	本人	家族()	他()											認定調査票	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
金銭管理	本人	家族()	他()											介護支援専門員	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
発症時期	病名	医療機関・医師名(主治医・意見書作成者に○)・連絡先	経過	受診状況	治療内容															
		○×病院 G・H先生	Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
			Tel	記入不要	治療・経過・他															
薬局名			かかりつけ																	
利用しているサービス	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先															
				記入不要	記入不要															
				記入不要	記入不要															
				記入不要	記入不要															
				記入不要	記入不要															
				記入不要	記入不要															

●利用者氏名は頭文字で記入してください

●担当医師名は頭文字で記入してください

●医療機関の連絡先は記入不要です

●利用しているサービスの担当者及び連絡先は記入不要です

【リ・アセスメント支援シート】

利用者名	A・B		リ・アセスメント支援シート (1/4)										作成日		作成者										
状 態			問題（困りごと）		意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題（ニーズ）			優先順位							
コミュニケーション	視力 眼鏡	●利用者氏名は頭文字で記入してください		利用 者											意向 者										
	聴力	聴き 取れない	聴き 取れない	家 族											家 族										
	通話機器	無 有												意向 者											
	言語	聴き 取れない												家 族											
	意思伝達	できる	時々 できる	困難											医師・ 専門職等 意見										
認知と行動	活用している コミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他											CM 判断								
	維持・改善の要 素、利点											CMの利用者・家族の 意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難							
	認知障害	自立	軽度	中度	重度											利用 者									
	意思決定	できる	特別な場合 以外では	困難											家 族										
	指示反応	適する	時々 適する	適し ない											意向 者										
情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮											家 族										
行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼 夜 逆	不 潔 行	日 中 寝 眠	夜 間 不 眠	異 食 行											意向 者				
	無	妄想	幻覚	せん妄	見当惑	無関心											家 族								