

# 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	〒 _____		本人との続柄・関係	氏名	TEL/携帯/メール/FAX	
			1			
			2			
			3			
電話	FAX					
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		その時にあった事など(背景)			
	※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					
○介護保険 被保険者番号 _____			○健康保険 保険の種類 _____			
保険者番号 _____			被保険者名 _____			
資格取得 ____年 ____月 ____日			被保険者との続柄 ( _____ )			
○経済状態(年金の種類等)			○公費負担医療 適用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			( _____ )障害者手帳 種 等			
その他( _____ ) 月額 _____ 円			○就労状態( _____ )			