

# 利用者基本情報

作成担当者：原田 直子

## 《基本情報》

相談日	平成27年 3月 6日 (金)	来所 その他 ( )	電話 ( )	初回 再来 (前 / )
本人の状況	在宅 ・ 入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名	ミタ ヒデオ 三田 秀雄	男・女	M・T・S	8年 2月10日生(82)歳
住所	X市Y町1-1	TEL	100(200)3000	
		FAX	( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・総合 事業情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果： <b>事業対象者の該当あり</b> ・ 該当なし 基本チェックリスト実施日； 平成27年 4月 1日			
障害等認定	身障 ( ) ・ 療養 ( ) ・ 精神 ( ) ・ 難病 ( )			
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ <b>一戸建て</b> ・ 集合住宅 ⇒ 自室 ( <b>有</b> 1階 ・ 無 ) ・ 住居改修 ( 有 ・ <b>無</b> )			
経済状況	国民年金 ・ <b>厚生年金</b> ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ( )			
来所者 (相談者)	三田 ツマ	続柄	妻	
住所	X市Y町1-1			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
	汐 夕彦	長男	X市A町2-1	
	三田 岳志	56歳	090-9090-9090	
	汐 晴彦	次男	X市B町3-4	
	三田 晴彦	54歳	123-456-7890	
		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)		
		日中独居 ( 有 ・ <b>無</b> ) 家族関係等の状況		
		長男は、訪問頻度は少ないが、二男の嫁が週に1回は訪問してくれている。嫁との関係も良好で協力的。		

《介護予防に関する事項》

<b>今までの生活</b>	X県出身。信託銀行に勤め、60歳で定年退職。30年前にI市に転入。現在は妻と2人暮らし。転入後しばらくして、自治会長を務めたことをきっかけに、老人会の会長等も20年間務めた。元気な頃は多趣味で囲碁、カラオケ、グランドゴルフなどに毎日のように出かけていたが、3年前に脳梗塞を発症して以来、グループでの活動を控えている。平成25年頃より物忘れを自覚するようになり、老人会の役員も退き、地域の活動に参加しなくなった。		
<b>現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)</b>	<b>1日の生活・すごし方</b>		<b>趣味・楽しみ・特技</b>
	思いついた時間に外出をし、目に入った喫茶店に入ってコーヒーを飲むのが唯一の楽しみであり、日課。		囲碁、グランドゴルフ、カラオケにはほぼ毎日通っていた（3年前まで） ハイキングが好きだが、脳梗塞を発症してから長距離歩行が困難となり、中断。自宅から駅前まで以前は徒歩で10分だったが、30分かかっている。散歩や運動・体操には興味を持っている。
	<b>時 間</b>	<b>本 人</b>	<b>介護者・家族</b>
	7:00頃	起床 着替え(10~20分)	(声掛け) (準備)
	8:00頃 12:00頃	朝食 昼食	
	17:00 18:00頃 20:00頃	入浴 夕食 就寝	(声掛けと着 替え用意)
		<b>友人・地域との関係</b>	
		物忘れが増えてから、地域活動（老人会等）への参加をやめており、地域とのつながりが薄くなってきたが、外出すると顔見知りの方がよく声をかけてくれている。	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病 名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経 過	治療中の場合は内容
H26. 3～	認知症	R病院 A医師	☆	TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
H24. 12. 26 ~ H25. 1. 26	脳梗塞	T医院 M医師		TEL 555-6666	治療中 経過観察中 その他	
H12. 3. 10～	高血圧症	R病院 A医師		TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
				TEL	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成27年 4月 1日 氏名 三田 秀雄 印