

現病歴・既往歴と経過				《介護予防に関する事項》																					
年月日	病名	医療機関・医師名	経過	今までの生活		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">1日の生活・すごし方</td> <td colspan="2">趣味・楽しみ・特技</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2">友人・地域との関係</td> <td colspan="2">健康増進課</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td>本人</td> <td>介護者・家族</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技		友人・地域との関係		健康増進課		時間	本人	介護者・家族						
1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技																							
友人・地域との関係		健康増進課																							
		時間	本人						介護者・家族																
		TEL	治療中・経観中・その他																						
		TEL	治療中・経観中・その他																						
		TEL	治療中・経観中・その他																						
		TEL	治療中・経観中・その他	現在の生活状況 どんな暮らしを送っているか																					
住宅状況		屋内の状況																							
一戸建て(自家・借家)		住宅改修 有 ・ 無																							
アパート・マンション																									
市営住宅・県営住宅・その他																									
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。 年 月 日 氏名				年月日	日常生活自立度(障害高齢者・認知症高齢者)																				
					自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2																				
					自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M																				
				《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																	