**居宅介護支援事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員名：**

**＜基本情報＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **性別、年齢、要介護認定情報** | 男・女、　　歳、要介護度：　　　　　　、認定有効期間：　　　　　　　　　　　～ | | | **エコマップ（本人を中心とした社会資源との関係図）** |
| **日常生活自立度（障がい・認知症）、その他（障がい等認定）** | 障がい：　　　　　認知症：　　　　　、その他： | | |
| **生活歴** |  | | |
| **家族構成（ジェノグラムで記載）** | **家族関係の状況、家族の状態（就労の有無や健康状態等）** | | |
| **病歴（現病・既往）と経過** |  | | |
| **住居環境** | 一戸建て・集合住宅（　　階）・住宅改修：有・無、福祉用具：有（　　　　　　　　　）、無 | | |
| **経済状況** | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 | | |
| **本人の状態について（※できる部分と訪問介護で支援している部分を簡潔に記載してください。）**  **・起居動作：**  **・移動、移乗：**  **・食事：**  **・入浴：**  **・排泄：**  **・更衣：** | | **・整容：**  **・服薬：**  **・金銭管理：**  **・買い物：**  **・掃除：**  **・洗濯：** | | |
| **支援経過（プラン作成に関わるポイントとなる部分について簡潔に記載してください。）** | | | **サービス内容（週単位、月単位のサービスの利用状況について記載してください。）** | |
| **訪問介護をひと月に利用している回数と訪問介護を一定回数以上利用している理由**  **・回数：　　　回／月**  **・理由：** | | | | |