**利用者基本情報（配食サービス利用※居宅介護支援事業者用）**

**作成担当者：**

**《基本情報》**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ**  **本人氏名** | |  | | | 男・女 | M・T・S　　年　　月　　日生（　　　）歳 | | | | |
| **住　　所** | |  | | | | | Tel | | | （　　　） |
| **認定情報** | | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５  有効期限：　　年　 月　日～　 年　 月　 日（前回の介護度:　　　　　） | | | | | | | | |
| **緊急連絡先** | **氏名** | | **続柄** | **住所・連絡先** | | | | **家族構成** | 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」  （同居家族は○で囲む）  家族関係等の状況 | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |

**《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** |
| 年　月　日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |
| 年　月　日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |
| 年　月　日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |
| 年　月　日 |  |  |  | Tel | 治療中  経観中  その他 |  |

|  |
| --- |
| 高齢者支援配食サービス実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるため、利用者基本情報、アセスメントシート、居宅サービス計画書を、配食サービス事業者、市担当者に提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |