

1 フェースシート

平成29年 2月 1日 相談受付 | (訪問)・電話・来所・その他 () ○○○○居宅介護支援事業所
初回相談受付者ケアマネ A

本人氏名	田中 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	M T S	昭和19年 8月 28日 生れ (74 歳)
住所	〒160-0008 東京都 新宿区 三栄町 ○○○番地○○アパート 1階			☎	00-0000-0000 携帯 00-0000-0000
緊急連絡先	氏名	田中 太郎	(男)・女	年齢 (70 歳)	本人との続柄 (夫)
	住所	☎ 携帯			
相談者	氏名	田中 太郎	(男)・女	年齢 (70 歳)	本人との続柄 (夫)
	住所	☎ 携帯			
相談経路 (紹介者)	本人 夫 →○○○○居宅介護支援事業所				
居宅サービス計画 作成依頼の届出	届出年月日 年 月 日				

■相談内容(主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人)介護者である夫が、肺がん治療の為3か月間、入院することになる。しばらくひとりになってしまうが、入院や入所はせず自宅で今まで通りの生活をしたい。

また、夫の入院後は時々様子を見に行きたい。

(家族および介護者)夫⇒ご自身の入院後、妻は一人になることに不安を感じているが、必要なサービスを利用しながらこれまでどおり自宅で過ごさせたい。
しかし、本人がひとりの時に何かあったらと心配もある為、入院後も本人の様子は知りたいと思っている。

■これまでの生活の経過(主な生活史)

一人娘は遠方に住んでいるため、長年連絡をとっていない様子。

20年前から、現住所に夫と居住。
元々、自立意欲が高く、人の世話になることが苦手だったこともあり、現症発症後も「出来るだけ人の手を借りずに頑張りたい」と、出来る事は自分で行ってきたが、身体機能低下に伴い、徐々に介護を利用しなければならない部分も増えてきている。

介護保険	利用者負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	後期高齢者医療保険(75歳以上)	一部負担金 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	
高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="checkbox"/> 第5段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階)			
要介護認定	済	⇒非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日 年 月 日	
	未(見込み)	⇒非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・(4)・5		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	種 級	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	程度	交付日 年 月	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	級 交付日 年 月	
障害福祉サービス受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自立支援医療受給者証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害程度(支援)区分 → ()	
日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・(B2)・C1・C2	判定者 医師 ××病院	判定日 平成29年 1月 20日
	認知症	自立・(I)・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	判定者 医師 ××病院	判定日 平成29年 1月 20日

アセスメント実施日 (初回) 平成29年 2月 1日 (更新) 年 月 日