

# グループホームアクトヒダ利用者基本情報①

記入者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	男・女	S・H	年 月 日生 ( ) 歳
住所	〒 -	Tel 携帯	( ) ( )
認定情報	障害支援区分・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6・要支援・要介護 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日		
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階		
移動手段等	徒歩・自転車・バス・自家用車		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・就労による収入・仕送り等		
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン (同居家族は○で囲む)
住所 連絡先	続柄		
緊急連絡先 及び対応方 法等	氏名	続柄	住所・連絡先
	①		
	②		
	対応		家族関係等の状況

## グループホームアクトヒダ利用者基本情報②

《生活状況に関する事項》

今までの生活					
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《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		経過	治療中の場合は内容
年 月			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月			Tel	治療中 経過中 その他	
アレルギー			好き嫌い（食事）		

《現在利用しているサービスや支援内容》

公的サービス	非公的サービス

グループホームアクトヒダ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、障害支援区分認定や要介護認定・要支援認定に係る調査内容・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、本事業の実施に必要な範囲で関係する者の間で共有することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印