地域リハビリテーション活動支援事業

ケアプラン作成に対する技術的助言　訪問評価　情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 訪問日 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　　時　　　　分　～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者氏名** | 様 | **生年月日** | T/S 年　　月　　日 | | 男　・　女 |
| **被保険者番号** |  | **介護度** | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | |
| **住　　　所** | 摂津市 | | | | |
| **居宅介護支援事業所** |  | **担当ケアマネジャー** | |  | |
| **診　断　名** |  | | | | |
| **既　往　歴** |  | | | | |
| **家　族　構　成** | 独居　・　同居 　/ 　主たる介護者( ) | | | | |
| **移　動　方　法** | 独歩・伝え歩き・杖・歩行器・車椅子・その他（　　　　　　） | | | | |
| **住　環　境** | 一戸建て・マンション・アパート・文化住宅・その他（　　　　） | | | | |
| **日中の居場所** | １階・２階・３階・その他（　　　　　　） | | | | |
| 特記事項  （身体状況やADL・IADLの動作等などで気になるところがあれば記載してください。） | | | | | |