

# 基本情報票 (ケアマネ作成用)

作成日		担当CM	
事業所名		連絡先	

フリガナ				性別		生年月日	( 歳 )	
氏名								
住所	杉並区	丁目	番	号				
日中連絡先				緊急時連絡先				

## 障害の状況

身体障害者手帳		障害名 または 疾病名						
愛の手帳								
精神障害者保健福祉手帳								
障害支援区分		認定有効期間	～	所得区分(利用者負担)				
介護保険(要介護認定)		認定有効期間	～	障害基礎年金				

## 生活の状況

日中活動		→具体的に	
居住形態		→具体的に	
生活歴 ※成育歴や 生活状況			

## 医療の状況

※通院頻度等

主治医情報		その他通院状況 ※受診歴等も含め	
医療機関名			
診療科目(通院頻度)			
担当医名			
病名・診断名			

## 介護の状況

家族・介護者	氏名	性別	続柄	生年月日	年齢	同居別居	介護対応主…◎	主たる生計者	就労状況	備考 (職業、健康状態、支援状況等)

## 支援関係者

※本人の関係機関・事業所名、担当者名、役割等

	障害福祉サービス			
	サービス内容	申請内容	今回支給量	前回支給量
	自立訓練(機能訓練)		/月	/月
			/月	/月
			/月	/月

## 本人状況

※ADLや本人の様子が分かる情報

## 障害福祉サービスが必要な理由

※支給量に変更ある場合は、具体的な理由も

--	--