様式2‐③

**基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | |  | | | | 受講者氏名 | | | | |  | | |
| 利用者名 | **Ａさん** | | 性別 | |  | | | | 年齢 | | | 歳 | |
| 主　　訴 | 〔相談内容〕  模擬ケアプラン作成実習 | | | | | | | | | | | | |
| 〔本人・家族の要望〕 | | | | | | | | | | | | |
| 生活歴・  生活状況 | 〔生活歴〕 | | | | | | | 〔家族状況〕 | | | | | |
| 〔経過・病歴等〕 | | | | | | | 〔主治医〕 | | | | | |
| 日常生活  自立度 | 障がい高齢者の日常生活自立度 | | |  | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | |  |
| 認定情報 |  | | | | | | | 家  屋  状  況 | |  | | | |
| ｱｾｽﾒﾝﾄ  理　由 | 模擬ケアプラン作成実習 | | | | | | |
| 利用者の  被保険者  情　　報 |  | | | | | | |
| 現在利用  している  サービス |  | | | | | | |