【様式２】

課題分析表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情報に関する項目** | | | | | | | | | | | |
| アセスメント日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　〔　初回 ・ 再（　　）回目　〕 | | | | | | | | | | |
| **居宅サービス計画作成時の状況** |  | | | | | | | | | | |
| 氏名・性別・年齢・住所・電話 |  | | | | 性別 |  | 生年月日 | | | 年※月※日（　　歳） | |
|  | | | | | | 電話番号 | | |  | |
| 家族状況 | ＊ジェノグラム・家族状況等詳しい情報は別紙(様式４)に記載 | | | | | | | | | | |
| これまでの生活（生活歴）と現在の生活状況 |  | | | | | | | | | | |
| 利用者の社会保障制度の利用情報 | 医療保険種別：  障害種別：　　種　　　級　（傷病名：　　　　　　　）  年金種別：  その他（生保、特定疾患等）： | | | | | | | | | | |
| 現在利用している支援や社会資源の状況 | （介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等） | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 |  | | 障害高齢者 | | | | | | 認知症高齢者 | | |
| 主治医意見書等 | |  | | | | | |  | | |
| 介護支援専門員 | |  | | | | | |  | | |
| 利用者・家族の  主訴・意向 |  | | | | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護度 |  | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 | | | | 申　請 | | | 新規・更新・変更 |
| 負担限度額  認定 | 申請している・申請していない | | | | | | 負担割合 | | |  |