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 |  |