

南部地域包括支援センターか市役所へフルネームをお伝えください

〔 認知症相談 〕

年代でも可

年 月 日

イニシャル	男・女	才	ケアマネジャー(相談者) 氏名	
主介護者続柄 (家族構成)	要介護度		ケアマネジャー事業所名	
ジェノグラム記載 ※ エコマップがあれば なおよい キーパーソンと主介護者を記載		介護保険のフェイスシートから抜粋可能 生活歴・病院名・地名など個人情報を伏せて記載する また、相談時は固有名称でも可能		
(既往症)				
古い順に記載				
(服薬内容)		食事	自立できているか否か 回数・状況など、わかる範囲で	
薬剤情報提供書 より詳しく記載		排泄	自立できているか否か 回数・状況など、わかる範囲で	
		清潔	自立できているか否か 状況など、わかる範囲で	
		歩行	自立できているか否か 状況など、わかる範囲で	
(1日の流れ)				
生活 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24				
時間軸で記載 できれば、サービス利用時と利用時以外の1日の流れの記載が別にあると良い				
サービスの利用状況				
(サービス利用状況)		(問題行動)		
週何回(月何回)サービス利用 インフォーマルサービスの利用もあわせて記載		主な問題とされる行動・頻度・以前と変化したところなど		

