

個別支援計画聞き取り用紙

No.1

ふりがな 氏名		確認年月日	年 月 日(回目)				
		同席者					
生年月日	昭和 年 月 日生	病名					
住所		電話番号					
現在の身体状況							
家族構成と 健康状況	名前	続柄	健康状況				
家族以外の連絡先	優先順位	名前	続柄	住所	電話番号		
要介護度							
日常生活自立度							
週間ケアプラン	月	火	水	木	金	土	日
A D L (日常生活動作)	食事： 排泄： 更衣： 移動： 入浴：						
I A D L	言語理解： 視力： 聴力： 薬の管理： 認知症：						
服薬状況及び 頓服薬							

個別支援計画聞き取り用紙

No.2

通院状況	病院： 主治医： 頻度： 時期： 通院手段：
想定される避難先	場所： 移動手段：
関係者	介護支援専門員： 市担当： 民生委員： 近隣： その他：
非常持ち出し品の確認	<準備> 完了 ・ 未完了 <基本的な持ち出し品以外に必要なもの>
災害への備え (自分で用意したもの)	
本人、家族がすること	
配慮して欲しいこと	
受け入れ病院と受け入れ時期の目安	
本人の希望	
情報を共有するための同意	同意する ・ 同意しない 同意する関係機関：
主治医からの意見	