**＜介護予防筋力アップ教室・専門職訪問指導用＞**

様式　５

**令和　　　年度　介護予防・日常生活支援総合事業　個人票**

あんしんすこやかセンター 担当者名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　リ　が　な |  | | | | 男 ・ 女 | 歳 |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | | T/S  年　　　　月　　　日生 | |
| 電話番号 |  | | | 初回相談日 | 年　　　　月　　　日 | |
| 【家族構成】 | | | | | | |
| □ひとり暮らし　　□高齢者のみ世帯　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 【生活状況】 | | | | | | |
| □一戸建て　　　□集合住宅（　　　　 階 / エレベーター　　　有　・　無）  ・居住年数　　　年　　　・経済状況など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 【緊急連絡先】 | | | | | | |
| 氏　　名 | 続柄 | | 連絡先 | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| **※『主治医・現病歴・既往歴・服薬等』を明記すること。**  **二次アセスメントシートを参照 ⇒ □する　□しない（※しない場合は下記に記入すること）**  【主治医および現病歴】 | | | | | | |
| 主治医 | | 有　・　無 | | | | |
| 病院名・診療科・医師名  通院頻度  疾患名  治療方法  （服薬の有無・種類、病状など） | |  | | | | |
| 【既往歴】　手術・入院をするような病気について(骨折を含む) | | | | | | |
| 発症年齢・疾患名・医療機関・状況等 | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世田谷区