利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《相談内容と対応》

年　月　日	病　名	医療機関・医師名（主治医・意見書作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年　月　日				ＴＥＬ	治療中 経過中 その他	
年　月　日				ＴＥＬ	治療中 経過中 その他	
年　月　日				ＴＥＬ	治療中 経過中 その他	
年　月　日				ＴＥＬ	治療中 経過中 その他	

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

年　　月　　日　　氏名　　印

※この本人同意の署名欄は、虐待対応以前の総合相談業務において十分な説明の上で行える場合を想定しているものです。当初から虐待対応として本人と関わることになった場合には、本人情報の共有については、個人情報保護法の例外規定に基づき対応しますので、本署名欄を活用する必要はありません。