

京都式オレンジプラン10のアイメッセージ評価

予備調査回答票（本人評価者）

◆本人のご協力が、 可 ・ 不可

（どちらかに○を記入ください）

【可の場合は、該当者の情報を下記にご記入ください。可能な限り複数名の方をご回答ください。】

1	性別	男性 ・ 女性
	年齢	歳（平成29年4月1日現在）
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
2	性別	男性 ・ 女性
	年齢	歳（平成29年4月1日現在）
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

【回答者】 ※ゴム印 可

事業形態	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所
事業所名	
住 所	
連絡先	
担当者名	

※予備調査回答票は、同封の返信用封筒にて御返信ください。

京都式オレンジプラン10のアイメッセージ評価

予備調査回答票 (家族評価者)

◆家族のご協力が、 可 ・ 不可

(どちらかに○を記入ください)

【可の場合は、該当者の情報を下記にご記入ください】

1	続柄	配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()
	本人の状態	介護度：自立・要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
		認知症高齢者の日常生活自立度：I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
家族の状況	現在、介護 (支援) している ・ 以前、介護 (支援) していた ※以前とは、1年未満の介護をしていた方を対象とする	
2	続柄	配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()
	本人の状態	介護度：自立・要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
		認知症高齢者の日常生活自立度：I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
家族の状況	現在、介護 (支援) している ・ 以前、介護 (支援) していた ※以前とは、1年未満の介護をしていた方を対象とする	

【回答者】 ※ゴム印 可

事業形態	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所
事業所名	
住 所	
連絡先	
担当者名	

※予備調査回答票は、同封の返信用封筒にて御返信ください。