

【アセスメントシート】

事業所名：高円寺北ふれあいの家（一般）

アセスメント日	※再アセスメント時はコピーし最新情報を赤字で記入のこと				
	① 年 / ()	【理由：	② 年 / ()	【理由：	】
	③ 年 / ()	【理由：	④ 年 / ()	【理由：	】
利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日				
利用開始日	H 年 月 日 () ~				
利用目的					
利用者情報	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和年月日（歳）		
	利用者名	様 ()	TEL		
			住所		
	ふりがな	続柄	TEL		
	主介護者名	様	住所		
	緊急連絡先 ※主介護者と： <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 違う				
報	ふりがな	続柄	TEL		
	氏名		住所		
介護保険	被保険者番号	0000	要介護度	要支援・要介護	
	有効期間	H年 / ~ H年 /	交付日	H 年 月 日	
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割	認定日	H 年 月 日	
支援事業所	事業所名	住所			
	担当CM	TEL	FAX		

医療情報

医療情報	かかりつけ病院名	TEL
	主治医師名	住所
	緊急時の希望搬送先	
	延命措置に関する意思 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	【既往歴】※疾患名・発症時期・現在の処置や後遺症など	【治療中の病気】
	【内服中の薬】※服薬数含む	
	<朝>	<就寝前>
	<昼>	<その他（目薬等）>
	<夜>	
	医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
手足・関節の麻痺拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

生活状況

生活状況	他利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考
	家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居	
	自宅での生活状況	<input type="checkbox"/> 活動的 <input type="checkbox"/> 座位が多い <input type="checkbox"/> 臥位が多い	
	送迎方法	乗降方法： <input type="checkbox"/> ステップ <input type="checkbox"/> リフト	
		停車場所： <input type="checkbox"/> 自宅前 <input type="checkbox"/> ポイント ()	
		ヘルパー利用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夕)	

ADL・その他

身 体 状 況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	備考	
	立位	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	座位	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なく見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない 眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない 補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左）		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 困難 言語： <input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭		
機能訓練	<input type="checkbox"/> 加算取得無 <input type="checkbox"/> 加算取得有（ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 個別Ⅰ <input type="checkbox"/> 個別Ⅱ）			
食 事	摂食状況	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ 【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> やわらか食		
	使用用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 吸いのみ <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具（ ） <input type="checkbox"/> 介護食器（ <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 副食） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	水分	水分制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
		トロミ使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
	禁食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
口腔状態	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分（上） <input type="checkbox"/> 部分（下））		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法： <input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ <input type="checkbox"/> 口腔清拭		
排 泄	排泄感覚	尿意（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・ 便意（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	備考	
	トイレまでの移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	陰部清拭～流水	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	着衣上げ下げ	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	使用下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット		
入 浴 ・ 整 容	浴室までの移動	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	服の着脱	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴		
精 神 状 態 等	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	備考	
	周辺症状等	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 依存的 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 他（ ）		
そ の 他	性格	●自分では…、 ●家族（ ）から見て…		
	趣味・好きなこと・特技			
	苦手な事			
	HP・新聞への写真掲載	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG （※注意事項： ）		
備考				