

# 【アセスメントシート】

事業所名：田道地域密着型デイサービス

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：】
利用曜日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □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：□同じ □違う		
報	ふりがな	続柄	TEL
	氏名		住所
介護保険	被保険者番号	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中
	有効期間	H 年 / ~ H 年 /	交付日
	負担割合	□1割 □2割	認定日
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 □希望する □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	<就寝前>
	<朝>	<その他（目薬等）>
	<昼>	
	<夜>	
	医療処置	□無 □有 ( )
感染症	□無 □有 ( )	
アレルギー	□無 □有 ( )	
手足・関節の麻痺拘縮	□無 □有 ( )	
皮膚疾患	□無 □有 ( )	

## 生活状況

生活状況	他利用サービス	□通所介護 □通所リハビリテーション □訪問看護 □訪問診療	備考
		□訪問入浴 □ショートステイ □福祉用具 □その他 ( )	
	家族状況	□独居 □家族と同居	
	自宅での生活状況	□活動的 □座位が多い □臥位が多い	
	送迎方法	乗降方法：□ステップ □リフト	
	駐車場所：□自宅前 □ポイント ( )		
	ヘルパー利用：□無 □有 (□朝 □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				