

アセスメント 様式

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|----------------------|
| 担当者所属 | | 訪問者氏名 | | 連絡先TEL | () - |
| 住所 〒959- 燕市 TEL: | | 氏名 | | 生年月日 M T S 年 月 日 (歳) 男・女 | 世帯主 訪問年月日 : H 年 月 |
| △家族構成 | | 健康管理等 (基本チェックリスト項目関連含【◇か <input type="checkbox"/> 医療機関(主治医) | | その他の生活状況 | |
| 世帯類型 単身・高齢世帯・一般世帯・その他(日中独居) | | <input type="checkbox"/> 通院 定期・不定期 | | <input type="checkbox"/> 金銭管理 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 主援助者 | | <input type="checkbox"/> 病気 有・無 現病 _____ 既往 _____ | | <input type="checkbox"/> 経済状況 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| (有・無・不明) | | <input type="checkbox"/> 服薬管理 可・不可 () | | <input type="checkbox"/> 家人・近所との交流 有・無 () | |
| △緊急連絡先① | | <input type="checkbox"/> 転倒 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 移動・歩行 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 住民健診(市の健診) 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 栄養状態の問題 有・無 () | |
| 住所 | | <input type="checkbox"/> 視力 普・見えにくい・見えない・不明 () | | <input type="checkbox"/> 排泄 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| TEL | | <input type="checkbox"/> 聴力 普・やや難・難聴・不明 () | | <input type="checkbox"/> 入浴 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 緊急連絡先② | | <input type="checkbox"/> 外出 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 着替え 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 買い物 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | | <input type="checkbox"/> 整容 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 住所 | | <input type="checkbox"/> 閉じこもりがち 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 掃除 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| TEL | | <input type="checkbox"/> 物忘れ 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 洗濯 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| 日常生活自立度 | | <input type="checkbox"/> 気持の落ち込み 有・無 () | | <input type="checkbox"/> 調理 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り () | |
| <input type="checkbox"/> 寝たきり [正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2] | | | | 社会的活動 | |
| <input type="checkbox"/> 認知症 [正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M] | | | | <input type="checkbox"/> 地域活動参加 有・無 () | |
| 介護認定状況 () | | | | <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ 有・無 () | |
| 介護保険給付外の在宅サービス () | | | | | |
| 特記事項(サービスを利用する場合はその目的を記入してください。) | | | | | |