

アセスメント票

記入日 年 月 日

基本事項	記入者	所属・関係					氏名																		
	対象者	氏名	聞き取り相手方	本人・家族()・他()																					
	申請内容・理由						家族構成図																		
	現在利用、相談している機関	1 なし 2 あり { 地域包括支援センター・ブランチ(旧在宅介護支援センター) 居宅介護支援事業所・藤井寺保健所・医療機関・福祉担当課 民生委員・その他()																							
家族	現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり { <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										月	火	水	木	金	土	日							
	月	火	水	木	金	土	日																		
家族構成	1 単身 2 高齢者のみ世帯 3 重度障害者のみ世帯 4 その他()																								
同居者ありの場合	1 日中不在() 2 在宅で交流あり 3 在宅で交流なし																								
食事支援	1 同居家族 2 親族(a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助) 3 支援なし																								
健康状況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名()(頃から)																							
		未受診、 通院 回/月・週、 往診 回/月・週																							
		服薬 1 なし 2 あり					かかりつけ医()																		
		医師の指示、療養・保健指導内容()																							
	主な既往疾患	1 なし 2 あり()(年前) 治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)																							
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり()																							
	視力	1 問題なし 2 問題あり()																							
	聴力	1 問題なし 2 問題あり()																							
最近6ヶ月の体重	1 減った 2 変化なし 3 増えた																								
食に関する状況	食生活能力 (2か3の場合理由記入)	1 支障なし	摂食 1・2・3()																						
		2 支障はないが困難	買物 1・2・3()																						
		3 支障あり	配、下膳 1・2・3()																						
		いずれか選択	火気管理 1・2・3()																						
		(2か3の場合)	献立 1・2・3()																						
		理由記入)	調理 1・2・3()																						
			ゴミ出し 1・2・3()																						
		食費管理 1・2・3()																							
食事回数	回/日 (外食の頻度 回/日)																								
一緒に食べる人	朝 1 あり 2 なし	昼 1 あり 2 なし	夜 1 あり 2 なし																						
調理・食事設備	1 十分 2 不十分()																								
給食サービス以外の食料入手方法	1 調理(本人・家族・ヘルパー・その他) 2 スーパー等で購入 3 外食 4 民間の宅配弁当利用 5 デイサービス 6 その他() ※複数回答可																								
特記事項・コメント																									