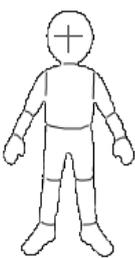
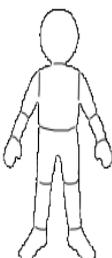


お客様ご記入欄
 弊社 記入欄
 分かる範囲でご記入ください
 記入不要です

アセスメントシート 1 (フェイスシート)				作成日	〇〇年 △△月 ××日	
担当ケアマネジャー	〇〇ケアプランセンター 田中様		アセス理由	新規・更新・変更・退院・退所・その他		
受付日	年 月 日	受付対応者	受付方法	電話・来所・訪問・その他		
面談場所	面談者					
基 本 事 項	お客様名 (ふりがな)		性別	生年月日		
	シニア 太郎 (旧姓)		男・女	大・昭・平 27年 1月1日 (66才)		
	住所 〒581-0845		大阪府八尾市上之島町北1丁目28番6号 〇〇マンション×××号室		TEL (072)-976-4020	
	相談者氏名	続柄	住所 〒	TEL (072)-976-4021		
	シニア 花子	長女	同上			
	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考		
	大阪〇〇病院	内科	△△ 先生	糖尿病		
	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考		
	△△クリニック	腎・透析科	×× 先生	人工透析		
	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考		
病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考			
既往歴： 高血圧・糖尿病						
保 険 情 報	介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	医療保険	国・社・共・船・他 ()	生保の有無	
	要介護状況区分	自立・要支援 () ・ 要介護 (3)		身体障害者手帳	有 (種 級) ・ 無	
	認定期間	30年 1月1日 ~ 31年 1月1日		認定日	29年 11月 11日	
生 活 状 況	一人暮らし・高齢所帯・日中独居		同居	氏名		
	家族の名前と続柄		別居	シニア 花子		
	シニア 花子	長女	同/別	TEL (072) 976 - 4021		
	シニア 次郎	長男	同/別	氏名 シニア 次郎		
			同/別	TEL (072) 976 - 4022		
住 居 状 況	1. 一戸建て (階) or 集合住宅 (××階)		専有居室：有 (6畳) ・ 無	日当たり：良 () ・ 悪い		
	エレベーター (有 / 無)		冷暖房：有 / 無	居室の段差：有 / 無		
	2. 持ち家・賃貸・間借り		トイレ：和式・洋式・ウォッシュ	手摺：有 / 無	段差：有 / 無	
3. 駐車場 (有 / 無)		浴室：有 / 無	手摺：有 / 無	段差：有 / 無		
訪問時の使用 (可 / 不可)		就寝：畳・ベッド・リクライニングベッド	浴室高さ：60cm			
		騒音：有 / 無				
生活自立度		正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	※厚労省基準	所得		
痴呆性自立度		正常 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M	課税 ・ 非課税			
生 活 層	出身地	長期居住地	職業層	趣味・特技(昔上手だった事)	好きな食べ物等(嫌いな物)	
主 訴 ・ 要 望	本人の希望		ご家族の希望(要望)		関係者 () の希望(要望)	
【特記・備考】						

お客様ご記入欄 弊社 記入欄
 分かる範囲でご記入ください 記入不要です

アセスメントシート 2		作成日	年 月 日	回数
担当CM		アセス理由	新規・更新・変更・退院・退所・その他	
面談場所		面談者		
お客様名 (ふりがな)		性別	男・女	生年月日
(旧姓)				明・大・昭 年 月 日 (才)
要介護状況区分	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	認定日	年 月 日	
◆健康状態◆				
項目			特記・備考	
【症状・痛み】	<正面>	<背面>		
下痢・便秘				
排尿困難・頻尿 妄想・幻覚				
麻痺				
痛み				
◆ADL・IADL◆ ※一部介助は声かけ・見守り含む				
寝返り	自立・一部介助・全介助			
起き上がり	自立・一部介助・全介助			
座位保持	自立・一部介助・全介助			
立ち上がり	自立・一部介助・全介助			
立位保持	自立・一部介助・全介助			
歩行	自立・一部介助・全介助			
移乗	自立・一部介助・全介助			
移動	自立・一部介助・全介助			
入浴	自立・一部介助・全介助			
整容	自立・一部介助・全介助			
口腔衛生(歯磨き等)	自立・一部介助・全介助			
爪切り	自立・一部介助・全介助			
着替え	自立・一部介助・全介助			
食事摂取	自立・一部介助・全介助			
排泄	自立・一部介助・全介助			
調理	自立・一部介助・全介助			
掃除・洗濯	自立・一部介助・全介助			
買い物	自立・一部介助・全介助			
金銭管理	自立・一部介助・全介助			
服薬管理	自立・一部介助・全介助			
電話の利用	自立・一部介助・全介助			
交通手段の利用	自立・一部介助・全介助			
◆認知・コミュニケーション◆				
記憶-想起	問題なし・問題あり			
記憶-せん妄の兆候	無・有			
認知-言語	問題なし・問題あり			
認知-動作	問題なし・問題あり			
意志の伝達	問題なし・問題あり			
他者を理解	問題なし・問題あり			
視覚障害	無・有			
聴力障害→補聴器	無・有 → 未使用・使用			
言語障害	無・有			
気分と問題行動	気分の落ち込み・不安や恐れが強い・うつ病 暴言 暴行・徘徊・介護への抵抗・収集癖 火の不始末・不潔行為・異食行動			
◆社会交流・ストレス◆				
社会的活動の参加→参加意欲	無・有 → 無・有			
喪失感	無・有			
孤独	無・有			
引きこもり	無・有			



お客様ご記入欄



弊社 記入欄



分かる範囲でご記入ください



記入不要です

アセスメントシート3		作成日	回目
お客様名 (ふりがな)		生年月日	
(旧姓)	性別 男・女	明・大・昭	年 月 日 (才)
◆ その他 ◆			
食事摂取	栄養状態	問題なし・体重減少・栄養不良・病的肥満	
	体重・身長	体重 (60.5kg) 身長 (172.5 cm)	
	食事摂取	3回/1日・2回/1日・1回/1日	
	水分摂取	問題なし・不足気味・脱水状態	
	経管栄養・胃ろう	無・有	
	食事形態	粥・ご飯・常食・キザミ・ミキサー	
	治療食の必要	有・無 カロリー制限 ()	
排便	日中排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・ナプキン	
	日中尿・便意	尿:有・無 便:有・無	
	夜間排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・ナプキン	
	夜間尿・便意	尿:有・無 便:有・無	
	尿失禁	無・時々・あり	
	便失禁	無・時々・あり	
皮膚の状態	褥瘡	無・有 → 部位 ()	
	程度	発赤・びらん・潰瘍・筋肉や骨の露出	
	火傷/打撲/湿疹/かゆみ等	無・有	
	疥癬(カイセン)	無・有	
	開放創/手術創/裂傷/切傷	無・有 → 部位 ()	
	魚の目/たこ/水虫/変形	無・有 → 部位 (右足)	
	感染症	無・有	
皮膚の状態その他			
口腔	入れ歯の状況	無・部分義歯・総義歯	
	口臭	無・有	
介護力	主介護者	有・無	
	介護の意志と可能性	有・無	
	介護者の仕事の有無	無・有	
	介護の知識・技術	豊富・やや豊富・やや不足・不足	
	介護者の健康状況	良好・普通・やや悪い・悪い	
	主介護者への支援体制	有・無	
	具体的		
介護費用の負担	軽い・やや軽い・普通・やや重い・重い		
可能負担額	円/1ヶ月		
住宅	住宅改修の必要性	無・有	
	場所		
その他	特別な状態	虐待・ターミナル・突然の介護者の不在 寝たきりの独居・成年後見人がある 終末期希望等々・その他 ()	
◆ 利用しているサービス ◆			
介護サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・ショートステイ 福祉用具 () その他 ()		
介護予防サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・ショートステイ 福祉用具 () その他 ()		
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護・認知症対応通所介護・小規模多機能型居宅介護 その他 ()		
住宅改修	実施・未実施		
その他	火災報知機・自動消火器・老人用電話・オムツ支給・寝具の乾燥消毒・電磁調理器・緊急通報装置 ボランティア・配食サービス・介護慰労・他申請 ()		
主訴要望	本人の希望	本人の希望	関係者の希望
【特記・備考】			