

アセスメントシート

記録日 年 月 日 事業所名

担当ケアマネ

No.1

フリガナ			生年月日	
利用者名			明・大・昭	年 月 日 (歳)
住所地			電話	
被保険者番号			介護度	負担割合 割
認定日	年 月 日	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
家族構成	☐ :男性 ☐ :女性 ※数字は年齢	主介護者	氏名 電話	続柄
		緊急連絡先	氏名 電話	続柄
			氏名 電話	続柄
アセスメント理由				
主訴	【相談内容】			
	【本人・家族の要望、生活への意向】			
生活	【生活歴及び本人の性格・家族との関わり】		【サービス利用状況】インフォーマルも含む	
	【現在の生活状況】			
病歴	【 既往症及び現病歴 】		【 主治医 】	
			【 内服薬 】	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
障害等の認定	身障(級)・知的、療育(級) 精神(級)・難病等()		経済状況	国民年金 ・厚生年金 ・障害者年金 生活保護 許容介護費()

生活の状況

No. 2

	状態	原因	困り事と意見	課題
1 健康 状態	主疾病・症状・痛み等		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
	身長(cm) 体重(kg)			
2 医 療			《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
	睡眠薬の利用 有()・無			
	褥瘡の有無 有()・無			
	皮膚の状態			
	特別な処置の有無			
3 ケ ー コ ミ ヨ ン ニ	視力・聴力・言語など		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
4 認 知 と 行 動	意思決定・精神症状等		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
5 基 本 行 動	体位変換・起居・移乗・移動の状況		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
6 食 事 ・ 水 分 摂 取 状 況	摂取の自立度・形態・嚥下・食事の場所 経管栄養の有無・介助の状況など		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	

生活の状況

No. 3

	状態	原因	困り事と意見	課題
7 排泄 の 状況	排尿・排便の状況・特別な状況		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
8 入浴 の 状況	移動・移乗・洗身・着脱の状況		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
9 洗面・口腔清拭 状況	口腔清拭 (行為・義歯 の状況) 整容 (整髪・爪切り) 更衣 (自立度と介 助の状況)		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
10 I A D L	買い物: 調理: 洗濯: 掃除: 電話の使用: 金銭管理:		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
11 介 護 力	介護者に関する情報		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
12 社会 参加	地域との関わり・趣味活動など			
13 特別 状況				

生活の状況

No.4

本人の 住宅状況	持ち家・借家 一戸建て・集合住宅(階) 自室の有無 (有・無階)	見取り図 (本人の動線: ↑ 段差: ▲ 改修が必要: ●)
	生活する上での問題点	
一日の 過ごし方	0:00 2:00 4:00 6:00 8:00 10:00 12:00	
	12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00	

医師名:

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

記入日:

(1)移動			
屋外歩行	自立	介助があればしている	していない
車椅子使用	用いていない	主に自分で操作している	主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)		用いていない	屋外で使用 屋内で使用
(2)栄養・食生活			
食事行為	自立ないし何とか自分で食べられる		全面介助
現在の栄養状態	良好		不良
→	栄養・食生活上の留意点 ()		
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
尿失禁	転倒・骨折	移動能力の低下	褥瘡 心肺機能の低下
閉じこもり	意欲低下	徘徊	低栄養 摂食・嚥下機能の低下 脱水
易感染性	がん等による疼痛 その他() → 対処法()		
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
期待できる	期待できない	不明	
(5)医学的管理の必要性			
訪問診療	訪問看護	看護職員の訪問による相談・支援	訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリ	短期入所療養介護	訪問歯科衛生指導	訪問栄養食事指導
通所リハビリ	その他の医療サービス		
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧	特になし・あり ()	・移動	特になし・あり ()
・摂食	特になし・あり ()	・運動	特になし・あり ()
・嚥下	特になし・あり ()	・その他	()
(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入)			
無・有 ()	不明		
(8)主治医の意見等			