

基本情報

利用者名	男・女	年 月 日生(歳)
住所	家族構成図	
電話番号		
介護度	自立 / 要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5 / 未申請 / 申請中	
障害手帳	□なし □あり(身障 級・精神 級・療育 級)	

アセスメント

調査年月日	年 月 日	担当者名:	[市 / CM / 包括		
居宅介護支援事業所等	(電話:)				
聞き取り相手	□本人 □家族() □その他()				
希望理由					
利用しているサービス状況	□利用なし □利用あり(下記にチェック及び利用曜日に○をつける)				
	□訪問介護(月火水木金土日) □訪問看護(月火水木金土日) □訪問リハ(月火水木金土日)				
	□通所介護(月火水木金土日) □通所リハ(月火水木金土日) □その他のサービス				
健康状況及び基本チェックリスト	視力	□普通に見える(字・人の顔)	□あまり見えない(人の姿がわかる)	□ほとんど見えない	
	聴力	□普通に聞こえる(人の話が聞こえる)	□あまり聞こえない(耳元なら聞こえる・補聴器使用)	□ほとんど聞こえない	
	言葉	□普通に話せる	□少し話せる	□単語程度話せる	□話せない
	歩行	□普通に歩ける	□杖などを使用	□介助で歩ける	□歩けない
	両手	□普通に動く(両手とも動く)	□少し不自由(右手・左手が動きにくい)	□著しく不自由(両手とも動きにくい)	
	疾患等	□通院(回/週・月) □往診(回/週・月) □未受診			
	医師の指示等	医師の指示: □なし □あり		服薬: □なし □あり	
	BMI	(体重 kg) ÷ (身長 m) ÷ (身長 m) = ()			
	最近3ヶ月間の体重増減	□変化なし □増えた □減った			
	食に関する状況	家族の支援	□なし □同居の家族 □その他() □別居の親族【 □通支援(回/週・月) □差し入れ(回/週・月) □買物支援(回/週・月) 】		
買物(含食費管理)		□できる □要配慮 (□荷物を持って歩けない □近くに購入店等がない □認知症等によりできない) □その他 ()			
調理(含火気管理)		□できる □要配慮 (□四肢機能障害等により調理できない □認知症等により調理・火気管理ができない) □調理設備等が不十分 □その他 ()			
摂食		□できる □要配慮 (□口唇・舌などの麻痺 □誤嚥 □義歯不使用 □その他 ()			
自立意欲		□問題なし □問題あり()			
食事回数		食/日(外食の頻度 回/週)			
特記事項・コメント					

※市記入欄

総合判断	□承認 □継続承認 □調整後承認 □二次アセスメント □他のサービスへ □不承認/辞退
------	---