

# アセスメントシート

アセスメント日

年 月 日

対象者

## 1 高齢者台帳情報登録

### 1 世帯区分

- 一人暮らし  高齢者のみ世帯  
 同居世帯（混合世帯）  障がい者のみ世帯  
 老人ホーム  
 その他（ ）

### 2 所在区分

- 在宅（住宅型有料老人ホーム、グループホーム含む）  
 入院中（  療養型  療養型以外 ）  
 入所中（特養、老健）  
 その他（特定、ケアハウス、軽費、養護）

### 3 見守り体制

- 民生委員による見守り必要（※下欄に必要な状況等を記入）

--

### 4 高齢者要援護者台帳登録

- 登録済み  今回登録（  新規  更新 ）

### 5 利用する医療機関（既往歴）

1	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			
2	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			
3	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			

### 6 現在利用しているサービス・制度・活動等

公的	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問 <input type="checkbox"/> まごころ訪問 <input type="checkbox"/> 介護予防通所 <input type="checkbox"/> 生活支援型予防通所 <input type="checkbox"/> いきいきルーム
	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業（ ） <input type="checkbox"/> 老人福祉センターナギの木苑
	<input type="checkbox"/> あんしんコール事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス事業
	<input type="checkbox"/> 介護用品（紙おむつ）給付サービス事業 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等事前登録制度
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
非公的	<input type="checkbox"/> いきいきサロン <input type="checkbox"/> シニアクラブ <input type="checkbox"/> コミュニティカフェ
	<input type="checkbox"/> 民間生活支援サービス <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 見守り・安否確認 <input type="checkbox"/> 外出支援
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

### 7 確認事項

※サービス調整者は、利用決定後に実際にサービス提供事業者と連絡調整する方にチェックを入れる

- (1) 利用決定通知書送付先  申請者  その他（ ）
- (2) サービス調整者  本人  包括  申請者  
 ケアマネジャー  その他（ ）

## 2 実態把握調査情報登録

ADL状態					備考 ※サービスを必要とする状態を具体的に			
①歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 不可				
②動作	<input type="checkbox"/> 起立可	<input type="checkbox"/> 座位可	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 常時臥床				
③排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> おむつ				
④排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> おむつ				
⑤聞く	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑥話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑦見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑧食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
⑨入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 清拭等				
⑩着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
IADL状態	本人			同居家族（いる場合）			家族構成	
①掃除	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
②洗濯	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
③買物	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
④調理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑤整理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑥ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑦通院	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑧服薬	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑨金銭	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑩電話	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
1日の過ごし方	起床	:	昼食	:	夕食	:	趣味・特技など	知人・友人関係等
	朝食	:		:		:		
		:		:		:		
		:		:	就寝	:		

## 3 基本チェックリスト登録 ※一般高齢者、要支援者は必須項目、要介護者は省略可

1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	身長（ ）cm、体重（ ）kg		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1日以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23	（ここ2週間）以前は楽にできたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だとは思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

**4 緊急連絡先** ※福祉サービスの申請を行う場合は、必ず記入してください。

緊急連絡先①	フリガナ						
	氏名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )
	関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 姪甥 <input type="checkbox"/> その他親戚 <input type="checkbox"/> 知人					
	住所						
	連絡先	自宅( )-( )-( ) 携帯( )-( )-( ) メールアドレス( )					
緊急連絡先②	フリガナ						
	氏名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ( )
	関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 姪甥 <input type="checkbox"/> その他親戚 <input type="checkbox"/> 知人					
	住所						
	連絡先	自宅( )-( )-( ) 携帯( )-( )-( ) メールアドレス( )					

**5 配食サービス**

開始日 年 月 日

ごはん形態  普通  お粥 おかず形態  普通  きざみ

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
昼食							
夕食							

**6 あんしんコール事業** ※85歳以上の独居世帯等の場合も記入

外出の頻度  ( ) 回/週  必要最低限(通院・買物等)のみ  自由に外出可能

携帯電話  あり(操作状況:  問題なく可能  不安あり  ほぼ不可能)  なし

緊急を要する疾患の有無  あり( 心疾患  発作性疾患  その他)  なし

※発作性疾患の名称またはその他( )

対象者の連絡先	電話番号等	種類
第1連絡先		<input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他( )
第2連絡先		<input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他( )

サービス調整者の連絡先	電話番号等	氏名	続柄
連絡先			

**7 日常生活用具(自動消火器)給付**

商品名  キッチンレオ(FHL-4)  キッチンレオ(FHL-10K)  ホームレオ(FHL-10)

取付場所  台所  居間  その他( )

取付立会者  本人のみ  申請者  包括  ケアマネジャー  その他( )

火の不始末の有無  あり  なし

**8 寝具洗濯サービス事業**

替え布団  要  不要