

1 高齢者台帳情報登録

1) 世帯区分

- ①一人暮らし
- ②高齢者のみ世帯
- ③障がい者のみ世帯
- ④同居世帯(混合世帯)
- ⑤老人ホーム
- ⑥その他

2) 所在区分

- ①在宅(住宅型有料老人ホーム、グループホーム含む)
- ②入院中(療養型、療養型以外)
- ③入所中(特養、老健)
- ④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

※見守りが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

1	医療機関名		電話番号	
	医師		診療科目	
	疾病名		日付	
	内容			
2	医療機関名		電話番号	
	医師		診療科目	
	疾病名		日付	
	内容			
3	医療機関名		電話番号	
	医師		診療科目	
	疾病名		日付	
	内容			

6) 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
<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"/> 通所型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> 生活支援型 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> まごころ訪問事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス事業 <input type="checkbox"/> あんしんコール事業 ⇒ <input type="checkbox"/> おたすけコール <input type="checkbox"/> みまもりコール <input type="checkbox"/> 日常生活用具(自動消火器)給付事業 <input type="checkbox"/> 寝具洗濯サービス事業 <input type="checkbox"/> 介護用品(紙おむつ)給付サービス事業 <input type="checkbox"/> 住宅改造費助成事業(住みよか事業) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等事前登録制度 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業() <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉サービス	<input type="checkbox"/> いきいきサロン <input type="checkbox"/> シニアクラブ <input type="checkbox"/> その他()

7) 確認事項

- (1) 通知書等送付先 申請者 その他 → 相談記録に入力
- (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 → 相談記録に入力

※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てください。

2 実態把握調査情報登録

ADL状態					備考		
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"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<input type="checkbox"/> 不可			
⑥話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<input type="checkbox"/> 不可			
⑦見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<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"/> 要介護	<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)					時間	1日の過ごし方	趣味・特技など
①掃除	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	:	起床	知人・友人関係等	
②洗濯	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	:	朝食		
③買物	<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	:			
⑤整理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	:	昼食		
⑥ゴミ出し	<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	:			
⑧服薬	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	:	夕食		
⑨金銭	<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	:	就寝		
IADL状態(同居家族のみ)					備考		家族構成
①掃除	<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				
③買物	<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				
⑤整理	<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				
⑦通院	<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				
⑨金銭	<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				

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	はい	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1日以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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されますか	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	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	はい	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	はい	いいえ

4 アセスメント基礎情報登録

次回アセスメント予定日(年 月 日)

※備考にアセスメントが必要なサービス名を入力してください。