

簡易式アセスメント

作成者：ケアマネ太郎

相談日 平成26年06月18日 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 前回()
本人の状況 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他() 施設名等()

本人	氏名 日福 楽すけ <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 昭和07年07月07日 (81 才)
	住所 〒169-0075 東京都新宿区高田馬場2-14-9明芳ビル4F 電話 03-5287-5855 Fax
相談者	氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 年齢(才) 続柄()
	住所 電話 携帯電話

緊急連絡先					
氏名	続柄	年齢	所在地		電話
日福 ケア美	配偶者	72	自宅	東京都新宿区	03-5287-5855
	携帯 090-0000-0000		勤務先		
			自宅		
	携帯		勤務先		

家族構成					
氏名	性別	続柄	生年月日	年齢	要援助
日福 ケア美	女	配偶者	昭和17年02月02日	72	

IADL					
洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> しなない <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 家族	外出頻度	<input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし		
買物	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> しなない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 家族	外出範囲	<input type="checkbox"/> 外出不能 <input checked="" type="checkbox"/> 近所まで <input type="checkbox"/> 市内まで <input type="checkbox"/> 遠方		
炊事	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> しなない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 家族	家族支援	<input type="checkbox"/> 過干渉 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無		
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> しなない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 家族	家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 音信不通 <input type="checkbox"/> 無		
金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 概ねできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 家族	近所支援	<input type="checkbox"/> 協力的 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 疎遠		

ADL					
寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起上り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	着衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

現在・過去の生活状況

経済状況

年金等(国民 厚生 共済 障害 遺族 恩給) 給与収入 貯蓄 家族収入 生活保護
その他()

住環境

一軒家 (2階建) 自己所有 賃貸 専用居室(有 無) 住宅改修
集合住宅(階建の 階) 風呂(有 無) エレベーター(有 無) 有(介護保険 一般施工) 無
 その他の危険箇所

一日の生活

起床、就寝：◎、食事：X、仕事：△、家事：☆、ヘルパー：◇、デイ：○

1日の時刻	00	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22
①(☉月火水木金☉)					◎	X	☆	X		X		◎
②(日☉火☉木☉土)					◎	X	○	~	~	~	○	X
③(日月☉水☉金土)					◎	X		X	◇	☆	X	◎
④(日月火水木金土)												

趣味	
特技	友人地域との関係

サービスの利用状況

公的サービス	その他のサービス(自費・ボランティア)

本人の意向・家族の意向

本人の意向・家族の意向

日常生活自立度判定基準

障害 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

コミュニケーション能力

意思伝達 良好 普通 やや困難 かなり困難 不能

視力 支障なし 支障あり

聴力 支障なし 支障あり

理解力 良好 普通 やや困難 かなり困難 不能

依存度 高い 普通 やや低い 低い

精神状況 安定 普通 不安定

介護保険

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

非該当 申請中 未申請

有効期限 平成 25年01月01日 ~ 平成 27年12月24日

前回の介護度

被保険者番号 1111111111 保険者 新宿区

居宅支援事業所 1111111111

につぶく居宅支援事業所

障害

身障() 療育() 精神() 難病()

その他()

障害名()

取得年月日()

医療保険

国保 社保 後高齢者 その他()

身体状況

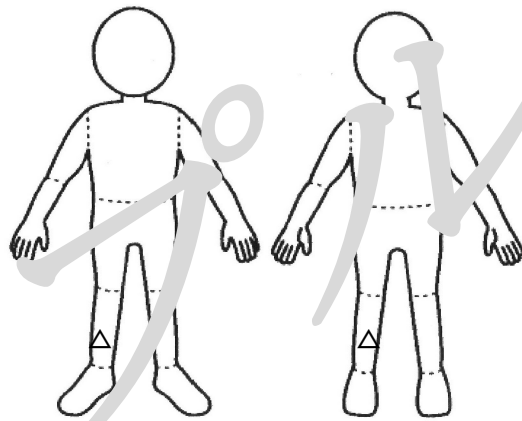
(正面)

(背面)

△障害部位

×欠損部位

●褥瘡部位



皮膚疾患等、特記事項

現病歴・既往歴

発症年月日	病名	医療機関・医師名	電話	経過	内容(受診・服薬状況等)
平成 26年 02月11日				<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
				<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
				<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	

認知能力・行動異常の有無
有り：物忘れ 幻覚 妄想 徘徊 失見当識 失認 異食 攻撃的行動 意欲低下
介護の抵抗 収集癖 火の不始末 不潔行為
その他()
無し

その他特記すべき身体
精神状況

食 事	
嚥 下	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない
食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他)
水分摂取	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない 水分量 <input checked="" type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切
口腔状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 義歯の不具合 <input type="checkbox"/> その他 ()
食事メモ	

排泄行為	
排泄行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
尿 意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし
便 意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし 便 種 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
便失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
方 法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ・パット <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他
排泄メモ	

特別な状況	
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他	
具体的な状況	