

アセスメントシート (印西市)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

【受付状況】

本人	氏名		住所	
	電話番号	【自宅】	【携帯】	
相談者	氏名		住所	
	電話番号	【自宅】	【携帯】	
	続柄			
受付者	氏名			
	所属	<input type="checkbox"/> () 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()		

【申請理由】

例)〇月〇日～入院し、〇月〇日退院予定等

【申請の区分】

<input type="checkbox"/>	新規
<input type="checkbox"/>	更新

【心身の状態や生活の状況】

運動・移動	1	起き上がり	1)つかまらないでできる 2)つかまればできる 3)できない※⇒要支援・要介護認定申請
	2	寝返り	1)つかまらないでできる 2)つかまればできる 3)できない※⇒要支援・要介護認定申請
	3	歩行	1)つかまらないでできる 2)つかまればできる 3)できない※⇒要支援・要介護認定申請
	4	移動手段(屋内)	1)歩行(詳細:) 2)車いす 3)その他:
	5	移動手段(屋外)	1)歩行(詳細:) 2)車いす 3)その他:
	6	外出(範囲や手段)	状況を記載:
(特記)			

日常生活	7	食事摂取	1)自分で食べられる 2)介助がないと食べられない※⇒要支援・要介護認定申請
	8	着替え	1)自分でできる 2)部分的介助が必要 3)全介助が必要※⇒要支援・要介護認定申請
	9	買い物	1)自分で行う 2)部分的介助が必要 3)自分ではやらない
	10	調理	1)自分で行う 2)部分的介助が必要 3)自分ではやらない
	11	掃除	1)自分で行う 2)部分的介助が必要 3)自分ではやらない
	12	洗濯	1)自分で行う 2)部分的介助が必要 3)自分ではやらない
	13	金銭管理	1)自分で行う 2)部分的介助が必要 3)自分ではやらない
(特記)			

社会参加	14	家族との関わり	1)頻繁にある 2)あまりない 3)まったくない
	15	友人近隣との関わり	1)頻繁にある 2)あまりない 3)まったくない
	16	仕事や役割	1)頻繁にある 2)時々ある 3)まったくない
	17	地域活動等への参加	1)頻繁にある 2)時々ある 3)まったくない
	18	外出(頻度)	1) 回/週 2) 回/月 3)まったくない
	19	趣味や楽しみ	1)ある: 2)まったくない
(特記)			

(裏面につづく)

健康管理	20	入浴	1) 自分で行う 2) 部分的介助が必要 3) 全介助が必要 4) 入っていない
	21	洗身や洗髪	1) 自分で行う 2) 部分的介助が必要 3) 全介助が必要※⇒要支援・要介護認定申請
	22	歯磨き	1) 自分で行う 2) 部分的介助が必要 3) 全介助が必要
	23	薬の管理	1) 自分で行う 2) 部分的介助が必要 3) 全介助が必要
	24	飲み込む力	1) 問題ない 2) やや困難 3) 飲み込みにくい
	25	定期的な通院など	1) 回/月 2) 不定期 3) 病院にかかっていない
(特記)			

認知機能	26	ひどい物忘れ	1) まったくない 2) 時々ある 3) 頻繁にある※⇒要支援・要介護認定申請
	27	徘徊	1) まったくない 2) 時々ある 3) 頻繁にある※⇒要支援・要介護認定申請
	28	火の不始末	1) まったくない 2) 時々ある 3) 頻繁にある※⇒要支援・要介護認定申請
	(特記)		

住環境	29	段差の有無	1) なし 2) あり (場所)
	30	手すりの設置	1) なし 2) あり (場所)
	31	住宅改修	1) なし 2) あり (場所)
	(特記)		

【利用を希望するサービスについて】

○予防給付

<input type="checkbox"/>	訪問看護
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	短期入所(ショートステイ)
<input type="checkbox"/>	福祉用具の貸与
<input type="checkbox"/>	福祉用具の購入
<input type="checkbox"/>	住宅改修

○介護予防・日常生活支援総合事業

<input type="checkbox"/>	訪問型サービス(ホームヘルパー)
<input type="checkbox"/>	通所型サービス(デイサービス)

※左のいずれかを希望の場合

→ **要支援・要介護認定申請**