

一宮市地域連携 アセスメントシート

下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を提供します。

情報提供先
医療機関名

年 月 日

基本情報	ふりがな						〒	—
	利用者氏名						男 □ 女 □	TEL:
	生年月日	年 月 日 (歳)						
	住環境	□戸建 □アパート・マンション (階) □エレベーター □施設 ()						
	障害等認定	□無 □身障 (級) □精神 (級) □療育 □特定疾患 ()						
	要介護認定	□無 □要支援 () □要介護 () □申請中 有効 年 月 日 ~ 年 月 日						
	経済状況	□年金 () □生活保護 □他 ()						
本人・家族	連絡先	氏名: 続柄 () TEL: ()				主介護	氏名:	
		氏名: 続柄 () TEL: ()					続柄:	年齢: 歳
	介護状況					家族構成	□◎本人	
	性格趣味						□男	
生活歴					○女			
利用者サービス	医療機関					薬局		
	歯科医療機関					居宅療養管理指導	職種:	
	介護サービス	□訪問介護	□訪問看護	□訪問入浴	□訪問リハ	□通所介護	□通所リハ	
	自己負担割合 (割)	□福祉用具 ()	□他 ()					
身体・生活機能	疾患歴						医療処置 □無	
	お薬情報			服薬管理	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	服薬状況	□処方通り □飲み忘れ時々 □飲み忘れ多い □処方守れない	
	入院歴	□無 □有 過去1年間の入院回数 (回) 直近入院 年 月 頃					<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (L) <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸痰 (回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日)	
	アレルギー	視力支障	褥瘡	麻痺	口腔ケア	義歯使用	周辺症状 □無	
	感染症	聴力支障	□無 □有	□無 □他部位 □左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢 □軽度 □中度 □重度	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□良 □不良 □不使用 □義歯不要		
	医療特記		□無 □有	意思疎通	睡眠障害	嚥下機能		
	移動	移乗	更衣	入浴	食事	食事形態	摂取方法	摂取制限
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□普通 □きざみ □嚥下食 □ミキサー	□経口 □経管	□食事 □水分
	移動手段	起居動作	整容	排尿	排便	排泄方法	ケアマネジャーが考える 在宅生活に必要な要件	
	□独歩 □杖 □歩行器 □車いす	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	□トイレ □ポータブル □尿器 □おむつ		
入院前の本人家族の意向		特記事項			記入者	所属	職種:	
					TEL	FAX		
退院前カンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 希望あり								