

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					☐ 男 ☐ 女	〒		—		
	利用者氏名										
	生年月日	年 月 日 (歳)					TEL:				
	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 ()									
	趣味性格					生活歴					
家族	連絡先	氏名:		続柄 ()		TEL:		家族構成			
		氏名:		続柄 ()		TEL:		◎本人			
	介護主	氏名:		続柄 ()		年齢 歳		☐ 男 ☐ 女 ☆キーパーソン ■●死亡			
	介護状況										
利用サービス	医療機関	☐ 通院 ☐ 在宅医療						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 回・週	☐ 訪問看護 回・週	☐ 訪問入浴 回・週	☐ 訪問リハ 回・週	☐ 通所介護 回・週	☐ 通所リハ 回・週	☐ 短期入所 回・月			
	自己負担割合 (割)	☐ 福祉用具 () ☐ 他 ()									
身体・生活機能	疾患歴										
	お薬情報	☐ 薬情添付あり				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	医療処置 ☐ 無 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ IVH ☐ インスリン ☐ 末梢点滴 ☐ 気管切開 ☐ 酸素 (L) ☐ 麻薬 ☐ 人工呼吸 ☐ 尿道カテ ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ 吸痰 (回/日) ☐ 導尿 (回/日)	
	入院歴	☐ 無 ☐ 有 過去1年間の入院回数 ()回 直近入院 年 月頃									
	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			
	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有 ☐ 発赤 ☐ びらん ☐ 潰瘍	☐ 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	☐ 失見当識 ☐ 徘徊 ☐ 理解力なし ☐ せん妄 ☐ 暴言暴力 ☐ 大声 ☐ うつ傾向 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護抵抗 ☐ 不潔行為				
	感染症	聴力支障									
	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有									
	医療特記					意思疎通		睡眠障害	嚥下機能		
						☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可		☐ 無 ☐ 有	☐ 良 ☐ 不良		
	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 ケアマネジャーが考える 在宅生活に必要な要件			
移動手段	起居動作	整容	排尿	排便	排泄方法						
☐ 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		入院に至る経過・特記事項				記入者	所属	職種:			
							氏名				
							TEL	FAX			
退院前カンファレンスの開催 ☐ 希望あり											