

# 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				TEL:			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)						
	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート・マンション ( 階) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 施設 ( )						
	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ( )						
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 有効 年 月 日 ~ 年 月 日						
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 ( ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他 ( )						
	趣味性格			生活歴				
家族	連絡先	氏名: 続柄 ( ) TEL: ( )		家族構成				
	介護主	氏名: 続柄 ( ) 年齢 歳		◎本人				
	介護状況			□男 □女				
				☆キーパーソン		■●死亡		
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	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回・週	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回・週	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回・週	<input type="checkbox"/> 訪問リハ 回・週	<input type="checkbox"/> 通所介護 回・週	<input type="checkbox"/> 通所リハ 回・週	<input type="checkbox"/> 短期入所 回・月
	自己負担割合 ( 割)	<input type="checkbox"/> 福祉用具 ( ) <input type="checkbox"/> 他 ( )						
身体・生活機能	疾患歴						医療処置 <input type="checkbox"/> 無	
	お薬情報	服薬管理		服薬状況		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> I V H <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)		
	入院歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 過去1年間の入院回数 ( 回) 直近入院 年 月頃					<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 理解力なし <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為	
	アレルギー	視力支障	褥瘡	麻痺		口腔ケア	義歯使用	
	感染症	聴力支障	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 理解力なし <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為	
	医療特記			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
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 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		
					氏名	職種:		
					TEL	FAX		
退院前カンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 希望あり								