

事業対象者アセスメントシート

記入日	年 月 日 ()		
フリガナ			男・女
本人氏名			
	年 月 日生 (歳)		
住所	茨木市		電話
利用するサービス (○をつける)	通所型サービスC		訪問型サービスC

A 下記疾患の該当有無(該当する場合☑をつける)

<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> がん末期	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 認知症
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

※1つでも該当の場合、介護申請を検討

B 健康状態

かかりつけ医の有無	あり	なし	医療機関名
これまでにかった病気			
1	この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	はい	いいえ
2	かかりつけの医師等から、運動を含む日常生活を制限されていますか	はい	いいえ
3	この6か月以内に心臓発作または脳血管障害を起こしましたか	はい	いいえ
4	重い高血圧(180/110以上)がありますか	はい	いいえ
5	糖尿病で目が見えにくかったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか	はい	いいえ
6	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか	はい	いいえ
7	家事や買物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか	はい	いいえ
8	この1か月位以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか	はい	いいえ
1~8のうち1つでも「はい」「わからない」に該当の場合、かかりつけ医への医学的注意事項の確認について		あり	なし

C サービスC利用目標(取り戻したい元の生活、または、望む暮らし)

D 担当者

<input type="checkbox"/> ①地域包括支援センター(直) <input type="checkbox"/> ②地域包括支援センター(委託) (該当するものに☑をつける)	地域包括支援センター名 <div style="text-align: right;">担当者名</div> <hr/> 居宅介護支援事業所名(左記②に該当の場合) <div style="text-align: right;">担当者名</div>
---	---

事業対象者アセスメントシート

記入日	令和6年4月1日(月)		
フリガナ	イバラキ タロウ		
本人氏名	茨木 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	S20年8月8日生(78歳)
住所	茨木市 駅前三丁目〇番〇号	電話	072-600-0000
利用するサービス (〇をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービスC		<input type="checkbox"/> 訪問型サービスC

A 下記疾患の該当有無(該当する場合☑をつける)

<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> がん末期	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 認知症
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

※1つでも該当の場合、介護申請を検討

B 健康状態

かかりつけ医の有無	あり	なし	医師
これまでにかった病気			
1 この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2 かかりつけの医師等から、運動を含む日常生活を制限されていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
3 この6か月以内に心臓発作または脳血管障害を起こしましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
4 重い高血圧(180/110以上)がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
5 糖尿病で目が見えにくかったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
6 この1年間で心電図に異常があるといわれましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
7 家事や買物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
8 この1か月位以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
1~8のうち1つでも「はい」「わからない」に該当の場合、かかりつけ医への医学的注意事項の確認について	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

各疾患について、該当するものがあれば☑をつけてください。該当箇所がある場合は、初期の場合や状態が安定している場合を除き、原則として介護申請を勧めてください。

C サービスC利用目標(取り戻したい元の生活、または、望む)

最寄りのスーパーまで歩いて買い物に行けるように

1~8のうち1つでも「はい」「わからない」に該当する場合、かかりつけ医に医学的注意事項の確認ができているかを記入ください。確認できない場合は、介護申請を勧めてください。

D 担当者

<input type="checkbox"/> ①地域包括支援センター(直)	地域包括支援センター	なるべく具体的な目標を記入してください。(活動や参加レベル)
<input checked="" type="checkbox"/> ②地域包括支援センター(委託) (該当するものに☑をつける)	〇〇・〇〇 居宅介護支援事業所名(左記②に該当の場合) 〇〇ケアプランセンター 担当者名 〇〇 〇〇	