

# アセスメントシート

居宅介護支援センター〇〇〇 独自様式  
NO. 3

氏名	様	初回作成日	令和	年	月	日
氏名		更新作成日	令和	年	月	日

		自立	見守り	一部介助	全介助	備考・課題分析理由			
基本動作	起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 一般ベッド <input type="checkbox"/> 介護ベッド			
	座位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす			
ADL	食事	動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 補助具 (    )	
		摂取制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 塩分 (    )		<input type="checkbox"/> カロリー (    )		<input type="checkbox"/> 水分 (    ) <input type="checkbox"/> 食材 (    )		
		回数	1日		食	主	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ペースト		
		水分量	ml		食	副	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ		
	口腔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯			
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頻度 (    ) /週			
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ	失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		日中			<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット				
	夜間								
視力	眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			聴力		補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
会話	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 全くできない								
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> その場のみ可 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 全くできない								
IADL	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	掃除・洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
特別な状況	<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 突然の介護者不在 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 終末期希望 <input type="checkbox"/> 成年後見人あり <input type="checkbox"/> 寝たきり独居								

◆利用しているサービス◆

介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (    )
	<input type="checkbox"/> その他 (    )
高齢者事業	<input type="checkbox"/> オムツ支給 <input type="checkbox"/> やすらぎ支援
	<input type="checkbox"/> 訪問理美容 <input type="checkbox"/> 移送サービス
	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/>
地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 (    )

◆課題分析結果・その他特記事項◆