

# アセスメントシート1 (フェイスシート)

作成日

R5 年 11 月 20 日

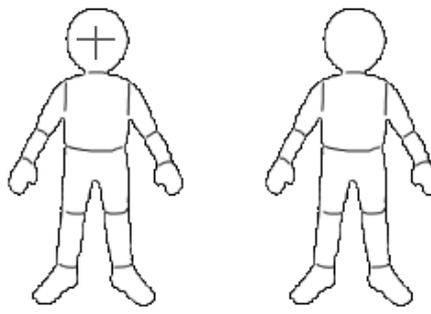
担当CM (実施者)		香川 健太郎		アセス理由		新規・ <b>更新</b> ・変更・退院・退所・その他											
受付日	R3 年 8 月 11 日	受付対応者	遠藤主任		受付方法	電話・来所・ <b>訪問</b> ・その他											
面談場所	面談室A	面談者	高橋施設長、遠藤主任、香川														
お客様名 (ふりがな) たかむら ちえこ				性別	男・ <b>女</b>	生年月日											
<b>高村 智恵子</b> (旧姓 長沼)					明・大 <b>昭</b>	11 年 4 月 15 日 (87 才)											
住所 〒760-0020				高松市錦町 1-22-23 (087) 823-5701													
相談者氏名		続柄	住所 〒		同上 (090) 0000-0000												
高村 康太		長男															
病院名	香川西病院	受診科目	内科・循環器科		担当医	草野先生											
				担当医	治療・投薬・備考												
				担当医	慢性心不全・心原性脳梗塞症・糖尿病												
				担当医	治療・投薬・備考												
				担当医	治療・投薬・備考												
				担当医	治療・投薬・備考												
既往歴:																	
介護保険	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	医療保険	国・社・共	<b>高</b>	他( )	生保の有無	有・ <b>無</b>
要介護状況区分		自立・要支援( )				・ <b>要介護</b> (4)				身体障害者手帳		有( )種( )級( )		<b>無</b>			
認定期間		R5 年 11 月 1 日 ~ R6 年 10 月 31 日				認定日		R3 年 10 月 31 日									
家族状況	一人暮らし・高齢所帯・日中独居		同居						氏名		高村 康太						
	家族の名前と続柄								別居		TEL (090) 0000-0000						
	高村 康太		長男						<b>同/別</b>		氏名		横田 由紀恵				
	横田 由紀恵		長女						<b>同/別</b>		TEL (090) 0000-0000						
生活状況	1. 一戸建て(1階) or 集合住宅(階)		エレベーター(有・無)		2. <b>持ち家</b> ・賃貸・間借り		3. 駐車場(有・無)		訪問時の使用(可・不可)		専有居室: <b>有</b> ( )・無 日当たり: <b>良</b> ・悪い 冷暖房: <b>有</b> ・無 居室の段差:有・ <b>無</b> トイレ:和式・洋式・ <b>洋</b> ・ <b>和</b> 手摺: <b>有</b> ・無 段差: <b>有</b> ・無 浴室: <b>有</b> ・無 手摺: <b>有</b> ・無 段差: <b>有</b> ・無 浴室高さ: cm 就寝: <b>畳</b> ・ <b>ベッド</b> ・ <b>リクライニングベッド</b> 騒音:有・ <b>無</b>						
	生活自立度		正常 J1 J2 A1 A2 B1 <b>B2</b> C1 C2		※厚労省基準		所得		課税		<b>非課税</b>						
	痴呆性自立度		正常 I II IIa IIb III <b>IIIa</b> IIIb IV M														
	出身地		長期在住地		職業歴		趣味・特技(昔上手だった事)		好きな食べ物等(嫌いな物)								
福島県		高松市		洋画家		紙絵		レモン									
本人の希望				ご家族の希望(要望)				関係者( )の希望(要望)									
海辺で絵をゆっくり描きたい				本人の希望を叶えてやりたい													
【特記・備考】																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・エルキュース錠(血栓症)</li> <li>・エプランチルカプセル(末梢血管拡張)</li> <li>・アゾセミド錠(利尿薬)</li> <li>・トルバプタンOD錠(利尿薬)</li> <li>・ランソプラゾールOD錠(胃酸分泌抑制薬)</li> <li>・シャティアン錠(糖尿病治療薬)</li> <li>・ベタニス錠(尿意切迫感改善薬)</li> <li>・エルデカルシトールカプセル(骨粗しょう症薬)</li> <li>・アドナ錠(出血傾向改善薬)</li> </ul>																	

# アセスメントシート2

作成日 R5 年 11 月 20日 回目

担当CM (実施者)		アセス理由	新規・更新・変更・退院・退所・その他
面談場所	面談者		
お客様名 (ふりがな)	性別 男・女	生年月日	
(旧姓)		明・大・昭 年 月 日 (才)	
要介護状況区分	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	認定日	年 月 日

### ◆健康状態◆

項目	正面	背面	特記・備考
【症状・痛み】	正面	背面	
下痢 <del>便秘</del>			
排尿困難・頻尿			
妄想・幻覚			
麻痺:			
痛み:			

### ◆ADL・IADL◆

※一部介助は声かけ・見守り含む

寝返り	自立・ <del>一部介助</del> ・全介助	
起き上がり	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
座位保持	<del>自立</del> ・一部介助・全介助	
立ち上がり	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
立位保持	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
歩行	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
移乗	自立・ <del>一部介助</del> ・全介助	
移動	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
入浴	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
整容	自立・ <del>一部介助</del> ・全介助	
口腔衛生(歯磨き等)	自立・ <del>一部介助</del> ・全介助	
爪切り	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
着替え	自立・ <del>一部介助</del> ・全介助	
食事摂取	<del>自立</del> ・一部介助・全介助	
排泄	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
調理	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
掃除・洗濯	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
買い物	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
金銭管理	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
服薬管理	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
電話の利用	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	
交通手段の利用	自立・一部介助・ <del>全介助</del>	

### ◆認知・コミュニケーション◆

記憶-想起	問題なし・ <del>問題あり</del>	
記憶-せん妄の兆候	<del>無</del> ・有	
認知-言語	<del>問題なし</del> ・問題あり	
認知-動作	<del>問題なし</del> ・問題あり	
意志の伝達	<del>問題なし</del> ・問題あり	
他者を理解	<del>問題なし</del> ・問題あり	
視覚障害	<del>無</del> ・有	
聴力障害→補聴器	<del>無</del> ・有 → 未使用・使用	
言語障害	<del>無</del> ・有	
気分と問題行動	気分の落込・不安や恐れが強い・うつ有 暴言暴行・徘徊・介護への抵抗・収集癖 火の不始末・不潔行為・異食行動	

### ◆社会交流・ストレス◆

社会的活動の参加→参加意欲	無・ <del>有</del> → 無・ <del>有</del>	
喪失感	<del>無</del> ・有	
孤独	<del>無</del> ・有	
引きこもり	<del>無</del> ・有	

# アセスメントシート3

作成日  回目

お客様名 (ふりがな) <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">(旧姓)</div>	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (才)
---	-----------	-------------------------

◆ その他 ◆

食事摂取	栄養状態	問題なし 体重減少・栄養不良・病的肥満	
	体重・身長	体重 ( 45 kg) 身長 ( 155 cm)	
	食事摂取	3回/1日・2回/1日・1回/1日	
	水分摂取	問題なし 不足気味・脱水状態	
	経管栄養・胃ろう	無 有	
	食事形態	粥・ご飯・常食・キザミ・ミキサー	
	治療食の必要	有・無 カロリー制限 ( )	
排便	日中排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・ <del>オムツ</del> ・ケ-テ-ル	
	日中尿・便意	尿 有・無 便 有・無	
	夜間排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・ <del>オムツ</del> ・ケ-テ-ル	
	夜間尿・便意	尿 有・無 便: 有・無	
	尿失禁	無・時々・あり	
	便失禁	無・時々・あり	
皮膚の状態	褥瘡	無・有 → 部位 ( )	
	程度	発赤・びらん・潰瘍・筋肉や骨の露出	
	火傷/打撲/湿疹/かゆみ等	無 有	
	疥癬	無 有	
	開放創/手術創/裂傷/切傷	無・有 → 部位 ( )	
	魚の目/たこ/水虫/変形	無・有 → 部位 ( )	
	感染症	無 有	
皮膚の状態その他			
口腔	入れ歯の状況	無・部分義歯・総義歯	
	口臭	無 有	
介護力	主介護者	有 無	
	介護の意志と可能性	有 無	
	介護者の仕事の有無	無 有	
	介護の知識・技術	豊富・やや豊富・やや不足・不足	
	介護者の健康状況	良好・普通・やや悪い・悪い	
	主介護者への支援体制	有 無	
	具体的		
介護費用の負担	軽い・やや軽い・普通・やや重い・重い		
可能負担額	円/1ヶ月		
住宅	住宅改修の必要性	無 有	
	場所		
その他	特別な状態	虐待・ターミナル・突然の介護者の不在 寝たきりの独居・成年後見人がいる 終末期希望等々・その他 ( )	

◆ 利用しているサービス ◆

介護サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・ショートステイ 福祉用具 ( ) その他 ( )
介護予防サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・ショートステイ 福祉用具 ( ) その他 ( )
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護・認知症対応通所介護・小規模多機能型居宅介護 その他 ( )
住宅改修	実施・未実施
その他	火災報知機・自動消火器・老人用電話・オムツ支給・寝具の乾燥消毒・電磁調理器・緊急通報装置 ボランティア・配食サービス・介護慰労・他申請 ( )

主訴要望	本人の希望	本人の希望	関係者の希望

【特記・備考】