

アセスメント票

【記入例】

対象者氏名： 犬山 太郎

\* 高齢者あんしん相談センター職員もしくは介護支援専門員が記入すること。

|  |                    |   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|--|--------------------|---|---|----------------|---------|-------|---------|-------|-------|--|--|
| 基本情報   | 訪問日                | RO 年 ○ 月 ○ 日  | 事業所名・記入者  | 〇〇居宅介護支援事業所 山田 |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 対象者の種別             | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再開    (    年    月    日より休止中)  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 理由                 | 安否確認の必要性<br>R3.7月に脊柱管狭窄症のため入院・手術し、9月に退院した。家の中では歩行器を使用しているが、歩行の不安定さから転倒のリスクが高く、脳梗塞で救急搬送されたこともあるため、安否確認が必要である。<br><br>栄養改善の必要性<br>脳梗塞の既往があり、認知機能の低下により火の消し忘れや調理の困難さがある。また、独居で食事を取り忘れていることがあるため、栄養面での心配がある。  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
| 家族   | 聞き取り相手方            | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (    長女    ) <input type="checkbox"/> その他 (    )   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 家族状況               | <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 若年世帯 (同居・敷地内別居)  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
| 健康状況   | 家族等の食事支援           | <input checked="" type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 通い支援 <input checked="" type="checkbox"/> 食事差入れ <input checked="" type="checkbox"/> 買物支援 <input type="checkbox"/> 支援なし  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 現在の疾患名             | 脊柱管狭窄症・高血圧  |   |                | 既往歴     | 脳梗塞   |         |       |       |  |  |
|  | 受診状況               | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input checked="" type="checkbox"/> 通院 (病院名:    〇〇医院    ) <input type="checkbox"/> 往診 (病院名:    )  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 食事指導等の内容 (指示カロリー等) | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (    )   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | BMI                | 体重 (    48    kg) ÷ (身長    1.56    m) <sup>2</sup> = (    19.724    ) <input type="checkbox"/> 測定不能   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 身体機能               | 四肢機能  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (    下肢のしびれがあり、歩行が不安定    )   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  |                    | 視力  | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (    )                       |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  |                    | 聴力  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (    やや難聴があり、大きな声で対応が必要    ) |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  |                    | 排泄  | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (    )                       |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 最近6か月の体重増減         | <input type="checkbox"/> 減った (    kg) <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた (    kg)  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
| 食に関する状況  | 食生活能力              | 支障がある項目 (該当項目に○を記入)<br><input type="checkbox"/> 摂食状況 <input checked="" type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 配膳・下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 火気器具管理<br><input type="checkbox"/> 献立 <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 食事管理 |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 支障がある理由            | 認知機能の低下により火気器具管理が難しく、立位保持の困難さから調理等が難しい。   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 自立意欲               | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (    )   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 食事回数               | 2~3 回/日   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
| 希望プラン (配食希望日に○を記入)                             | 食材・食品入手先           | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (場所    ヨシツヤ (家族の支援)、Vドラッグ    )<br>※ ありの場合の頻度 (    2    回/(日)・週)  |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
|  | 内容                 | 記入例   | 日   | 月              | 火       | 水     | 木       | 金     | 土     |  |  |
| 安否確認   | あり・なし              | あり(なし)  | あり・なし   | あり・なし          | あり・(なし) | あり・なし | あり・(なし) | あり・なし | あり・なし |  |  |
| 朝食   | 本人・自費配食            | 本人  | 本人  | 本人             | 本人      | 本人    | 本人      | 本人    | 本人    |  |  |
|  | 家族等支援サービス利用        | 家族準備  |   | 家族準備           |         | 家族準備  |         |       |       |  |  |
| 昼食   | 市配食希望              |   | ○   |                |         | ○     |         | ○     |       |  |  |
|  | 本人・自費配食            |   |   |                |         |       |         |       | 本人    |  |  |
|  | 家族等支援サービス利用        | サービス  |   | 家族準備           | サービス    | 家族準備  |         | サービス  |       |  |  |
| 夕食   | 本人・自費配食            |   | 本人  |                | 本人      | 本人    |         | 本人    | 本人    |  |  |
|  | 家族等支援サービス利用        | 家族支援  |   | 家族支援           |         | 家族支援  |         |       | 家族支援  |  |  |
| ※家族等の支援がある日や介護等のサービスを利用する日は、市の配食サービスの利用ができません。 |                    |   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |
| 特記事項・コメント                                      |                    |   |   |                |         |       |         |       |       |  |  |