

基本情報

利用者名	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
住所	家族構成	単身/高齢者世帯/その他	
介護度	自立/事業対象者/要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5/未申請/申請中		同居者
障害手帳	□なし □あり(身障 級・精神 級・療育 級)		

アセスメント

調査年月日	年 月 日	担当者名:	[市/ケアマネ/包括]		
居宅介護支援事業等	(電話:)				
聞き取り相手	□本人 □家族() □その他()				
利用しているサービス状況	□利用なし □利用あり(下記にチェック及び利用曜日に○を付ける)				
	□訪問介護(月火水木金土日) □訪問看護(月火水木金土日) □訪問リハ(月火水木金土日)				
	□通所介護(月火水木金土日) □通所リハ(月火水木金土日) □その他のサービス				
身体状況・健康状況	歩行	□普通に歩ける	□杖などを使用	□介助で歩ける	□歩けない
	両手	□普通に動く (両手とも動く)	□少し不自由 (右手・左手が動きにくい)	□著しく不自由 (両手とも動きにくい)	
	摂食	□できる □要配慮()			
	疾患等	□通院(回/週・月)		□往診(回/週・月)	□未受診
	医師の指示等	医師の指示: □なし □あり(内容)		服薬: □なし □あり(内容)	
	BMI	(体重 kg) ÷ (身長 m) ÷ (身長 m) = ()			
	過去6か月間の体重の増減	□変化なし □増えた(kg/ カ月) □減った(kg/ カ月)			
食に関する状況	家族の支援	□なし □同居の家族 □その他() □別居の親族【□通支援(回/週・月) □差し入れ(回/週・月) □買物支援(回/週・月)】			
	買物 (含食費管理)	□できる □要配慮(□荷物を持って歩けない □近くに購入店等がない □認知症等によりできない) □その他 ()			
	調理 (含火気管理)	□できる □要配慮(□四肢機能障害等により調理できない □認知症等により調理・火気管理ができない) □調理設備等が不十分 □その他 ()			
	食欲	□あり □なし			
	食事回数	()回/日 (外食の頻度 回/週)、(惣菜・弁当の頻度 回/週)			
	アレルギー	□なし □あり()			
特記事項・コメント					
栄養に関する助言の希望		ケアマネ: □あり □なし / 本人: □あり □なし			
摂津市 使用欄					
高齢介護課	□要 □不要	確認:	月	日	
保健福祉課	□要 □不要	確認:	月	日	