

## 高齢者生活支援ホームヘルパー派遣事業アセスメント票

### 外出支援(散歩など)

〔 調査日 年 月 日 〕

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
	住所	江東区		電話	( )				

介護予防サービス 利用状況	介護予防訪問介護： 週 回	介護予防通所介護(デイサービス)： 週 回
	介護予防通所リハビリ(ディケア)	その他( )
	利用しない(理由)	

医療情報		医療機関	受診回数
	老人性うつ症		回/月・週
	認知症		回/月・週
	受診状況	通院自立 ( 回/月・週)      介助者有( )	
		往診 ( 回/月・週)      通院していない(理由)	
	うつ症・認知症 以外の疾患	病名	医療機関

身体 の 状 況	歩行・移動	自立	杖利用	シルバーカー利用	車椅子使用	その他
	視力・聴力・意思伝達に問題有りの場合は、具体的状況を記入してください。					

閉じこもりの 状況	外出支援が 必要な理由 (診断がない場 合はうつ、認知 症と判断した状 況を具体的に記 入)	

希 望 す る 支 援 内 容	派遣曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	時間	: ~ :
	散歩の内容	散歩	通院	買物

記入者		連絡先	
担当包括	電話		