

## 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

### 緊急時生活支援

〔 調査日 年 月 日 〕

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

身体 状 況 等	病名		傷病発生日	年 月 日	
	医療機関		受診回数	回/月・週	
	入院中(調査時) 入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日	( 病院)	
	在宅で療養中				
	具体的な 病状				
	歩行	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、具体的な状況を記入してください。					

可 能 な 家 事 等 の 状 況	同居者が可能な家事も含めて、該当項目にチェックをしてください。			
	調 理	料理(煮炊き)	下ごしらえ	食器等の片付け
	洗 濯	洗濯	洗濯物を干す	洗濯物の取り込みと整理 衣類の補修
	掃 除	掃除	整理・整頓	ゴミ出し
	外 出	買物	通院	散歩
	入 浴	入浴	清拭	足浴 手浴
	着替え	着替え		

希 望 す る 生 活 支 援 詳 細	上記、家事等の状況から、本人及び同居人ができない家事等を支援します。希望する支援にチェックをして内容を記入してください。			
	調 理	料理(煮炊き)	下ごしらえ	食器等の片付け
	洗 濯	洗濯	洗濯物を干す	洗濯物の取り込みと整理 衣類の補修
	掃 除	掃除(居室・台所・居間・トイレ・玄関・浴室)		整理・整頓
		ゴミ出し	(収集日: )	収集時間: )
	買物・薬取り	買物代行	(主たる買物先: )	徒歩 (分)
		薬取り	(病院名: )	所在地 ( )
	シーツ交換	シーツ交換等		
外出介助	買物同行	通院同行	散歩	
清 拭	清拭	足浴	手浴	
着替え	着替えの介助			

希望派遣回数	1ヶ月間: 週1回 週2回 週3回	2ヶ月以降: 週1回
--------	-------------------	------------

希 望 派 遣 内 容	曜日	希望派遣時間	支 援 内 容			
	月曜日	: ~ :	調理	洗濯	掃除	買物・薬取り
			シーツ交換	外出介助	清拭	着替
	火曜日	: ~ :	調理	洗濯	掃除	買物・薬取り
			シーツ交換	外出介助	清拭	着替
	水曜日	: ~ :	調理	洗濯	掃除	買物・薬取り
			シーツ交換	外出介助	清拭	着替
木曜日	: ~ :	調理	洗濯	掃除	買物・薬取り	
		シーツ交換	外出介助	清拭	着替	
金曜日	: ~ :	調理	洗濯	掃除	買物・薬取り	
		シーツ交換	外出介助	清拭	着替	

記入者		在宅介護支援センター
-----	--	------------