

在宅生活支援のためのアセスメント票

作成日	事業所・	連絡先
年 月 日	担当者氏名	

基本情報	フリガナ	生年月日 ・ 年齢
	利用者氏名	年 月 日生 歳
	疾患名	☐ 告知なし ☐ 告知済
	入院医療機関	
	退院後の主治医	受診頻度
		受診頻度
	現疾患及び日常生活の状況 (生活/経済状況、心身の状態等)	
	移動手段	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 移動しない
	入浴手段	☐ 自立 ☐ シャワー自立 ☐ シャワー介助 ☐ 浴槽使用介助
	排泄方法	☐ 自立 ☐ トイレ移動介助 ☐ P-トイレ介助 ☐ オムツ他
	食事	☐ 通常食 ☐ きざみやとろみ ☐ 経管栄養 ☐ 食べられない
	嚥下機能	☐ 支障なし ☐ むせ込みあり
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	睡眠状況	☐ 良好 ☐ 不良 () 眠剤使用：有・無
退院後に必要な事項	医療的処置	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素 ☐ 経管栄養 ☐ 吸引 ☐ 気管切開
		☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ
		☐ 痛みのコントロール ☐ 麻薬 ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射
		☐ 中心静脈栄養
		☐ その他：
	必要な看護	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 栄養指導 ☐ 水分摂取 ☐ 排泄ケア ☐ 清潔ケア
		☐ 服薬管理 ☐ 褥そう等の処置 ☐ 精神的ケア ☐ ターミナルケア
		☐ 療養上の指導 (ご家族への総合的な相談・指導)
	必要な介護	☐ なし ☐ 起位・立位補助 ☐ 食事介助 ☐ 排泄介助 ☐ 入浴介助
		☐ 口腔ケア ☐ 居室の環境支援 ☐ 服薬支援 ☐ 話し相手 ☐ その他

自由記載欄 (家族の状況、利用者および家族の要望、その他 配慮が必要なこと など)