

アセスメントシート(ご利用者様についての事前面談調査)

年 月 日 担当者

面談相手	ご利用者本人・ご家族( )・ケアマネージャー( )・その他			
お客様名	ふりがな		ご住所	〒
		男・女		
生年月日	M・T・S・西暦 年 月 日	才	電話番号	
居住状況	独居・同居者( )・施設		携帯番号	
介護度等	自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中 / 未申請			
緊急連絡	主介護者名		(緊急電話	・職場 )
	ご家族様等		(緊急電話	・職場 )
	福祉担当名		(緊急電話	・事業所 )
	医療機関名		(緊急電話	・主治医 )
主介護者	続柄等	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 遠隔地		
	仕事等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> なし		
	健康等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病身 <input type="checkbox"/> その他		
施設利用	通所	<input type="checkbox"/> 通所介護(日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 通所リハ(日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> なし		
	事業所名	所在地等		
訪問支援	訪問	<input type="checkbox"/> 訪問介護(日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 訪問看護(日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> なし		
	事業所名	所在地等		
医療状況	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院中 ( 病院 科 / 頻度 )		
		<input type="checkbox"/> 通院中 ( 病院 科 / 頻度 )		
	食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部自分で <input type="checkbox"/> 自分でしていない <input type="checkbox"/> 服薬なし		
日常生活	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 用具使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> 流動食		
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	買物	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部自分で <input type="checkbox"/> 自分でしていない		
食事嗜好	好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 好物( ) <input type="checkbox"/> 嫌いな物( )		
	味付け	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 薄味 <input type="checkbox"/> 濃い味 <input type="checkbox"/> 調味料嗜好等( )		
その他				