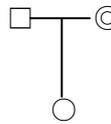


# 記入例

## 介護予防アセスメント票（新規・継続） 別紙2

基本事項	面接年月日	令和〇年〇月〇日 訪問者（〇〇居宅介護事業所 加藤）		
	対象者	氏名 春日井 花代 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 (M・T・ <input checked="" type="checkbox"/> S) 〇〇年 9月 〇日生 81歳		
		住所 春日井市〇〇町〇丁目〇 電話 65 - 4321		
	同居人	氏名 春日井 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男・女 (M・T・ <input checked="" type="checkbox"/> S) 〇〇年1月〇日生 83歳) 続柄 夫		
	家族構成	1 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他 ( )		
	聞き取り相手方	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外 ( 夫、長女 )		
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 3 あり [非該当・要支援・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1 ) ]		
	福祉手帳	1 なし 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり (身障 4 級・精神 級・知的 級)		
現在利用しているサービスの状況	1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	家族構成図 		
	サービス名 訪問介護			
	居宅介護支援 専門員名等 加藤 〇〇			
親族等の支援状況	同居人	支援状況 なし		
	親族 1	氏名 伊藤 〇〇 続柄 長女 住所 名古屋市〇区〇〇-〇		
		支援状況 週1回買い物や通院の支援 Tel 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	親族 2	氏名 続柄 住所		
		支援状況 Tel		
	その他	氏名 続柄 住所		
支援状況 Tel				
健康状況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名 ( 糖尿病 ) ( 令和2年10月 頃から)		
		未受診 通院 1 回/月・週 往診 回/月・週		
		服薬 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	かかりつけ医 ( 〇〇クリニック )	
		<input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示、療養・保健指導内容 ( 体重管理 (減量) )		
	主な既往疾患	1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり ( 右大腿骨骨折 3年前) 治療 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無) 入院 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無) 手術 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無)		
身体状況	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 1 困難なし 2 困難あり ( )		
	咀嚼力	<input checked="" type="checkbox"/> 1 問題なし 2 問題あり ( )		
	栄養状態	1 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 2 問題あり ( 認知機能低下により過食 )		
	歩行	1 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 問題あり ( 歩行がふらつき、手すりや歩行器使用 )		
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 1 問題なし 2 問題あり ( )		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 1 問題なし 2 問題あり ( )		
	意思表示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 問題なし 2 問題あり ( )		
	話の理解	1 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 問題あり ( 質問に対する以外の答えが返ってくることが多い)		
特記事項				

食に関する状況	食生活能力	1 支障なし 2 支障はないが困難 3 支障あり	献立 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> ( ) 買物 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> (ひとりではできない ) 調理 1・ <input checked="" type="checkbox"/> ・3 (白米を炊くことは可能 ) 後片付け 1・ <input checked="" type="checkbox"/> ・3 (なんとか行っている) 食費管理 <input checked="" type="checkbox"/> ・2・3 ( ) ゴミ出し 1・ <input checked="" type="checkbox"/> ・3 (なんとか行っている) 火気管理 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> ( ) その他 1・2・3 ( )						
	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし ( 逆に食べ過ぎてしまう )						
	食の自立意欲	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし ( )						
	調理・食事設備	<input checked="" type="checkbox"/> 十分	2 不十分 ( )						
	買物の交通手段	歩行・自転車・自家用車・電車・バス・タクシー・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長女が行っている )							
食の確保状況		日	月	火	水	木	金	土	
	朝食	パン コーヒー							→
	昼食	総菜・ 冷凍食品						→	長女が作ったもの
	夕食	総菜・ 冷凍食品						→	長女が作ったもの
	備考								
経済状況		収入額	約300万円 / 年						
		食費の確保	<input checked="" type="checkbox"/> 十分	2 不十分 (理由 : )					

アセスメント結果・利用調整内容

総合判断	利用調整	1 必要なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 必要あり
	理由	高齢者夫婦世帯であり、安否確認が必要である。
	配食調整	1 必要なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金 / 週
	理由	配食サービスの利用により、食生活を改善する必要がある。

- 1 本人の希望  
買い物や食事の準備ができなくなったため、配食弁当を利用したい。
- 2 調査員の意見  
高齢者夫婦世帯であり、近くに身内もないため、安否確認が必要である。また、本人は糖尿病を患っており、食生活の改善が必要。
- 3 配食時の注意事項  
本人は足が悪いため、受け取りは夫が行う。歩行がゆっくりのため、チャイムが鳴ってから玄関先に出てくるまでに時間を要する。
- 4 利用調整内容  
平日夜に市の配食助成を利用し、食生活の改善を図る。
- 5 利用調整後週間プラン（本人・家族・親族・私費配食等も記入する）

	日	月	火	水	木	金	土
朝食	パン コーヒー						→
昼食	総菜・ 冷凍食品					→	長女が作ったもの
夕食	総菜・ 冷凍食品	配食助成				→	長女が作ったもの
備考							