

一次アセスメントシート

基本 事 項	相談年月日	年 月 日(回) 担当者()		
	対象者	氏名	男・女(年 月 日生 歳)	
		住所	電話	
	聞き取り相手方	本人・家族()・他()	家族構成図	
	申請内容・理由			
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 3 あり[非該当・要支援・要介護()]		
	福祉手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)		
現在利用、相談している機関	1 なし	地域包括支援センター・在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・保健センター・医療機関・福祉担当課・民生委員・その他		
	2 あり			
現在利用しているサービスの状況	1 なし	サービス名、利用頻度:		
	2 あり			
経済状況	1 自己負担ができる 2 自己負担ができない			
	備考[a生活保護 bその他()]			
家族	家族構成	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他()		
	家族状況	1 日中不在() 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし		
	食事支援	1 同居家族 2 親族(a通い支援 b食事差し入れ c買物援助) 3 支援なし		
健康 状 況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名()(頃から)		
		未受診、 通院 回/月・週、 往診 回/月・週		
		服薬 1 なし 2 あり	かかりつけ医()	
		医師の指示、療養・保健指導内容()		
	主な既往疾患	1なし 2あり(_____年前) 治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)		
	BMI	1 (体重 kg)÷(身長 cm)×身長=() 2 測定不能		
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり()		
	視力	1 問題なし 2 問題あり()		
	聴力	1 問題なし 2 問題あり()		
	排泄	1 問題なし 2 問題あり()		
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			
食に 関 する 状 況	食生活能力	1支障なし	摂食 1・2・3 ()	献立 1・2・3 ()
		2支障はないが 困難	買い物 1・2・3 ()	調理 1・2・3 ()
			配、下膳 1・2・3 ()	ゴミ出し 1・2・3 ()
			火気管理 1・2・3 ()	食費管理 1・2・3 ()
自立意欲	1 問題なし 2 問題あり()			
食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)			
一緒に食べる人	A 朝 1あり 2なし	B 昼 1あり 2なし	C 夕 1あり 2なし	
調理・食事設備	1 十分 2 不十分()			
食材・食品入手先	1 なし 2 あり(食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他()			
総合判断	1承認 2継続承認 3調整後承認 4二次アセスメント 5他サービスへ 6不承認/辞退			
特記事項・コメント				