

番 初回アセスメントシート

担当者：_____

担当日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

基本情報	相談対象者氏名			相談者氏名		
	性別・年齢	男・女 (____ 歳)		相談対象者との関係	本人 家族(配偶者・親・子・兄弟姉妹・親戚) 関係機関 (事業所名: _____) その他(_____)	
	住所	〒 _____				
	電話番号			電話番号		
	相談ルート	ホームページ、医療機関、関係機関 (地域包括・居宅介護・区役所・保健所・職場)・パンフレット、TV、新聞・雑誌、行政広報、知人、講座、家族会、その他(_____)		住所	〒 _____	
医療的な情報	発症年	____ 年 ____ 月 頃		診断の有無	有(____ 年 ____ 月)・無	
	疾患名			既往歴 合併症		
	医療機関			病院	科	先生
	服薬	有(_____)・無				
	病歴					
本人の情報	介護度	要支援(____) 要介護(____) 未申請/申請中				
	ADL・BPSD	食事	全介助/一部介助/セッティング/自立		排泄	全介助/一部介助/見守り/自立
		衣類の着脱	全介助/一部介助/見守り/自立		入浴	全介助/一部介助/見守り/自立
		移動能力	全介助/一部介助/見守り/自立		買い物・家事	全介助/一部介助/見守り/自立
		BPSD等の症状	<興奮・易刺激性>すぐに怒る・すぐに泣く <抑うつ>意欲がない <妄想>ありもしないことを言う・実際にはないものが見えると言う <異常行動>自宅内外を目的なく歩き回る・ひとつのことに執着する <その他>(_____)			
就労状況	在職/休職/退職/元々就労していない 会社員/公務員/自営業/その他					
家族の情報	家族構成	一人暮らし 家族と同居 その他(_____)	<家族図>	生活状況	在職・無職 養育 他の家族介護あり 通院中	
	家族の様子	心理状態 その他				
相談内容	主訴					
	相談内容	医療的情報/社会資源の活用/経済的な問題/本人の生活に関する事/介護者負担に関する事/就労				
対応後の	<input type="checkbox"/> 情報提供による相談：終了/再連絡(_____) <input type="checkbox"/> マネジメント支援による相談：来所面談 ____ 月 ____ 日 ____ 時/来所者					