

重点アセスメントシート

担当者： _____
 担当日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

本人の 情報	氏名			住所		
	生年月日	昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)		連絡先	自宅 (____)	
	状態・症状	ADL (____ 点) QOL (____ 点) < 日常生活での様子等 >		生活歴		
	生活状況	持家・借家・社宅・その他 (____)				
		週間予定：有 (____) ・無 (____)				
	就労状況	在職中(常勤・非常勤) 休職中(____ 年 ____ 月～ ____ 年 ____ 月まで) 退職後(____ 年 ____ 月退職) 元々就労していない(無職・専業主婦・その他 (____))		会社 職業・職種		
	生計状況	収入 有・無 (給与/年金/生活保護/その他 (____))				
	住宅ローン 有(残 ____ 年)・無 / 学費 有(小・中・高・大・専:残 ____ 年)・無 / 生命保険加入 有・無					
	困っていること					
社会資源の 利用状況	支援機関	有(機関名: ____ 担当者名 ____)・無				
	年金保険	申請可(障害基礎・障害厚生(共済)・老齢・企業)・申請中・申請不可(未納期間あり)・国民年金免除申請要(未納期間 ____ 年)・受給(____ 級)				
	医療保険	国民健康保険/健康保険/共済組合/なし(未納・生活保護) 傷病手当金:申請可/受給/申請不可(非該当) 高額療養費助成制度:申請可/受給/不要				
	雇用保険	失業等給付:申請可(手続き能力有・無)/受給/申請不可(非該当)				
	介護保険サービス	利用有(通所・訪問・入所・その他/種類: ____)・無				
	障害福祉サービス	利用有(通所・居宅・移動支援・その他/種類: ____)・無				
	制度外サービス	家族会	利用有(____)・無			
		その他				
	自立支援医療	受給/申請中/未申請				
	障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳(____ 級/申請中/未申請) 身体障害者手帳(____ 級/申請中/未申請/非該当)				
	権利擁護	日常生活自立支援事業	利用有(____)・無			
	成年後見制度	利用有(後見人・保佐人・補助人 続柄: ____)・無				
教育・就学	児童扶養手当	受給/申請中/未申請/不要(非該当)				
	就学援助(小・中)	受給/申請中/未申請/不要(非該当)				
	高等学校等就学支援金制度	受給/申請中/未申請/不要(非該当)				
	奨学金(高校・大学等)	受給/申請中/未申請/不要(非該当)				
主介護者 情報	氏名	続柄(____)		連絡先		
	住所	〒 _____		生活状況	収入 有・無 (給与:常勤・非常勤/年金/生活保護/その他 (____))	
	介護負担	うつ性自己評価尺度(SDS)(____ 点) 介護負担感(Zarit)(____ /88 点) < 面談時の様子など >		介護者のサポート体制	有 (相談できる人: ____) 無	
	困っていること					