

初回アセスメントシート

担当者：_____

担当日：令和____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	_____		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こと/介護者負担に関すること/就労 _____				
対今 応後の	<input type="checkbox"/> 情報提供による相談：終了/再連絡(____月____日____時/来所者) <input type="checkbox"/> マネジメント支援による相談：来所面談					