

アセスメント用紙

1 フェースシート（1 頁）

2 家族の状況とインフォーマルな支援の状況（2 頁）

3 サービス利用状況（2～3 頁）

4 住居等の状況（3 頁）

5 本人の健康状態・受診等の状況（4 頁）

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細（5～9 頁）

※要介護認定調査項目含む

7 全体のまとめ（10 頁）

1 日のスケジュール（11 頁）

1 フェースシート

年 月 日相談受付 | 訪問・電話・来所・その他() 初回相談受付者

本人氏名	男・女	年齢	M T S	年 月 日生れ(歳)
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☎ 携帯 <input type="text"/>			
緊急連絡先	氏名	男・女	年齢(歳)	本人との続柄()
	住所	☎ 携帯 <input type="text"/>		
相 談 者	氏名	男・女	年齢(歳)	本人との続柄()
	住所	☎ 携帯 <input type="text"/>		
相談経路 (紹介者)	<input type="text"/>			
居宅サービス計画 作成依頼の届出	届出年月日 年 月 日			

■相談内容(主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

■これまでの生活の経過(主な生活史)

(本人)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(介護者・家族)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

介護保険	利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	後期高齢者医療 保険(75歳以上)	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	
高額介護 サービス費該当	利用者負担	(<input type="checkbox"/> 第5段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階)				
要介護認定	済	➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日	年 月 日		
	未(見込み)	➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等 級	種 級	交付日	年 月	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程 度		交付日	年 月	
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等 級	級	交付日	年 月	
障害福祉サービス 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害支援区分→()		
日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判 定 者	(機関名)	判 定 日	年 月 日
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		(機関名)		年 月 日

アセスメント実施日 | (初回) 年 月 日 | (更新) 年 月 日

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・課題			
女性=○,男性=□ 分かれば横に年齢を記載 本人=◎,回 死亡=●,■ 同居=○で囲む				
				
				
				
				
				
				
				
氏名 (主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項 (自治会、ボランティア等社会的活動)
		同・別			
		同・別			
		同・別			
		同・別			
		同・別			

■インフォーマルな支援活用状況 (親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	特記事項

本人が受けたい支援 / 今後必要になると思われる支援	支援提供者	特記事項

3 サービス利用状況

(年 月 日時点)

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防) 福祉用具貸与は調査日時点の、特定 (介護予防) 福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載)					
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問型サービス	月	回	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 福祉用具貸与		品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定 (介護予防) 福祉用具販売		品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月	日
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型通所介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所型サービス	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> (介護予防) その他の生活支援サービス (名称:)	月	回

<input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 洗濯サービス <input type="checkbox"/> 移動または外出支援 <input type="checkbox"/> 友愛訪問 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター <input type="checkbox"/> 老人憩いの家 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 身障／補装具・日常生活用具（	月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業) 月 回 <input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン 月 回 <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [] <input type="checkbox"/> () 月 回 <input type="checkbox"/> () 月 回
直近の入所入院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院(介護療養型医療施設) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設・機関名 所在地 〒 ☎

制度利用状況 年金 <input type="checkbox"/> 老齢関係→() <input type="checkbox"/> 障害関係→() <input type="checkbox"/> 遺族・寡婦→() <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度⇒ <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 成年後見人等()	健康保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国公共済 <input type="checkbox"/> 私立学校共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 労災保険→()	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保) <input type="checkbox"/> 日雇い <input type="checkbox"/> 地方共済 <input type="checkbox"/> 船員
	その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	

4 住居等の状況

<input type="checkbox"/> 1戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 賃貸・所有・社宅等・公営住宅・その他()		家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入	
居室等の状況 ア. <input type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし イ. <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他()階⇒エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ウ. <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド⇒ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他() エ. 陽あたり <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪 オ. 暖房 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし カ. 冷房 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	トイレ ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他() イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ウ. トイレまでの段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	移動手段 室外 福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	室内 福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】			

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症(必要に応じ「主治医意見書」を転記)				障害等の部位								
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 				(正面)		(背面)		△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位				
				身長	cm	体重	kg					
				歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)							
【特記事項】 (病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等)												
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。												
現在の受診状況(歯科含む)												
病名												
薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
受診状況	発症時期 <small>※主治医意見書を参考に記入</small>											
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期					
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診					
受診病院	医療機関											
	診療科											
	主治医											
	連絡先	☎	☎	☎	☎	☎	☎					
受診方法 留意点等												
往診可能な医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						☎					
緊急入院できる医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						☎					
相談、処方を受けている薬局 (かかりつけ薬局)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						☎					
【特記、生活上配慮すべき課題など】												

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、在宅サービス等で実施している場合○

現在、家族が実施している場合は○
時々実施の場合は△

本人・家族がサービス実施を希望する場合○

要援助と判断される場合に✓
計画した場合に○(確認)

●6-①基本(身体機能・起居)動作

要介護認定項目	1-1 麻痺等(複数可)	1	2	3	4	5	6
	1-2 拘縮(複数可)	1	2	3	4	5	
	1-3 寝返り	1	2	3			
	1-4 起き上がり	1	2	3			
	1-5 座位保持	1	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	2	3			
	1-7 歩行	1	2	3			
	1-8 立ち上がり	1	2	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	3			
	1-10 洗身	1	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	3			
	1-12 視力	1	2	3	4	5	
	1-13 聴力	1	2	3	4	5	
	1-14 関節の動き(複数可)	1	2	3	4	5	6

体位変換・起居

6-①1-1、1-2関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 体位変換介助				
2) 起居介助				

リハビリの必要性
<input type="checkbox"/> あり→P9
<input type="checkbox"/> なし

6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

【特記、解決すべき課題など】

入浴

6-①1-10関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末				
2) 移乗移動介助				
3) 洗身介助				
4) 洗髪介助				
5) 清拭・部分浴				
6) 褥瘡・皮膚疾患の対応				

2) 移乗移動介助	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
3) 洗身介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

ア.視聴覚

眼鏡使用 コンタクト使用 補聴器使用

イ.電話

あり なし

ウ.言語障害

あり() なし

エ.コミュニケーション支援機器の使用

あり() なし

【特記、解決すべき課題など】

6-②生活機能（食事・排泄等）

要介護認定項目	2-1 移乗	1	2	3	4
	2-2 移動	1	2	3	4
	2-3 えん下	1	2	3	
	2-4 食事摂取	1	2	3	4
	2-5 排尿	1	2	3	4
	2-6 排便	1	2	3	4
	2-7 口腔清潔	1	2	3	
	2-8 洗顔	1	2	3	
	2-9 整髪	1	2	3	
	2-10 上衣の着脱	1	2	3	4
	2-11 スポン等の着脱	1	2	3	4
	2-12 外出頻度	1	2	3	
	2-13 飲水摂取	1	2	3	4

食事

6-②2-1 ~ 2-4 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移乗介助				
2) 移動介助				
3) 摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
副食	
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()
摂取介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要

<その他食事の現状 (6-②2-4 関係)>

ア. 食事場所 食堂 居室ベッド上
布団上 その他居室内
その他 ()

イ. 食堂までの段差 あり なし

ウ. 咀嚼の状況 問題なし 問題あり
 → 噛みにくい 時々噛みにくい
とても噛みにくい

エ. 食事の内容
一般食 糖尿食 K₂
高血圧食 g 抗潰瘍食
その他 ()

排泄等

6-②2-5 ~ 2-11 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備 後始末				
2) 移乗移動介助				
3) 排尿介助				
4) 排便介助				
5) 口腔清潔介助				
6) 洗面介助				
7) 整容介助				
8) 更衣介助				

排尿介助 (2-5)	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿取器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿取器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ
排便介助 (2-6)	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門

【特記、解決すべき課題など】

<その他排泄の状況 (6-②2-5、2-6 関係)>

ア. 尿意
ある ときどきある ない

イ. 便意
ある ときどきある ない

外出

6-②2-12 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移送・外出介助				

【特記、解決すべき課題など】

6- ③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	1	2	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	1	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	2		
	3-4 面接調査の直前記憶	1	2		
	3-5 自分の名前を答える	1	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	2		
	3-7 自分のいる場所を答える	1	2		
	3-8 徘徊	1	2	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	1	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	1	2	3	

6- ③認知機能、6- ④精神・行動障害 全般

家族等からの情報と観察	
-------------	--

	(家族)	(サービス)
援助の現状		

援助の希望(本人)	
-----------	--

援助の希望(家族)	
-----------	--

援助の計画	
-------	--

	【特記、解決すべき課題など】
--	----------------

●6- ④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	1	2	3
	4-2 作話をする	1	2	3
	4-3 感情が不安定になる	1	2	3
	4-4 昼夜の逆転	1	2	3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	2	3
	4-6 大声を出す	1	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	2	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	1	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	2	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	1	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	1	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	2	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	2	3
	4-14 自分勝手な行動	1	2	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	2	3
	4-16 幻視・幻聴	1	2	3
	4-17 暴言・暴力	1	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	2	3
	4-19 火の始末・管理	1	2	3
	4-20 不潔行為	1	2	3
	4-21 異食行動	1	2	3

●6- ⑤社会生活（への適応）力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	1	2	3	→6-⑥医療・健康関係へ	6-⑤5-2、 5-5～5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画				
	5-2 金銭の管理	1	2	3			家族実施	サービス実施						
	5-3 日常の意思決定	1	2	3			4	1) 金銭管理						
	5-4 集団への不適応	1	2	3			2) 買い物							
	5-5 買い物	1	2	3			4	3) 調理						
	5-6 簡単な調理	1	2	3			4	4) 準備・後始末						
	5-7 電話の利用	1	2	3			→	6-⑤5-7～ 5-8関係			援助の現状		希望	要援助 →計画
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	2	3							家族実施	サービス実施		
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	1	2	1) 定期的な相談・助言 2) 各種書類作成代行 3) 余暇活動支援 4) 移送・外出介助 5) 代読・代筆 6) 話し相手 7) 安否確認 8) 緊急連絡手段の確保 9) 家族連絡の確保 10) 社会活動への支援										
＜社会活動の状況（6-⑤5-8、5-9関係）＞														
ア. 家族等近親者との交流 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし														
イ. 地域近隣との交流 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし														
ウ. 友人知人との交流 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし														
緊急連絡・見守りの方法														

【特記、解決すべき課題など】

●6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める場合あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状			希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容
		家族実施	サービス実施						
処置内容	1. 点滴の管理						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック
	2. 中心静脈栄養						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
	3. 透析						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服薬
	4. ストーマ（人工肛門）の処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	坐薬（緩下剤、解熱剤等）
	5. 酸素療法						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	6. レスピレーター（人工呼吸器）						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
	7. 気管切開の処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射
	8. 疼痛の看護						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引
	9. 経管栄養						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入
	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己注射（インスリン療法）
特別な対応	11. じょくそうの処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法
	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己導尿	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	褥瘡管理	

【特記、生活上配慮すべき課題など】

介護に関する医師の意見（「主治医意見書」を転記）

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用（複数選択可） 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点（ ）

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他（ ）
 → 対処方針（ ）

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
通所リハビリテーション 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス（ ）
特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項（該当するものを選択するとともに、具体的に記載）
血圧（ ） 摂食（ ） 嚥下（ ）
移動（ ） 運動（ ） その他（ ）
特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい。）
無 有（ ） 不明

■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること (興味、関心)	援助の現状		要援助と判断される場合に✓計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

◎:排便 △:食事 □:起床
 ○:排尿 ☆:入浴 ■:就寝