|  |  |
| --- | --- |
| **一宮市地域連携****アセスメントシート** | 下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を提供します。 |
| **情報提供先****医療機関名** |       |     年     月     日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情報** | ふりがな |       | [ ] 男・[ ] 女 | 〒 |       | － |       |
| 利用者氏名 |       |       |
| 生年月日 |       | 年 |   | 月 |   | 日 ( |    | 歳) | TEL： |       |
| 住環境 | [ ] 戸建 | [ ]  ｱﾊﾟｰﾄ･ﾏﾝｼｮﾝ ( |       | 階) | [ ] エレベーター | [ ] 施設 (      | ) |
| 障害等認定 | [ ] 無 | [ ] 身障 ( |     | 級) | [ ] 精神 ( |     | 級) | [ ] 療育 | [ ] 特定疾患 (      | ) |
| 要介護認定 | [ ] 無 | [ ] 要支援 ( |     | ) | [ ] 要介護 ( |        | ) | [ ] 申請中 | 有効      年   月   日～     年   月   日 |
| 経済状況 | [ ] 年金 (      | ) | [ ] 生活保護 [ ] 他 (      | ) |
| 趣味性格 |       |  | 生活歴 |       |  |
| **家族** | 連絡先 | 氏名：      | 続柄 ( |       | )　TEL：  | 家族構成 |       |
| 氏名：      | 続柄 ( |       | )　TEL：      | ◎本人□男　〇女☆キーパーソン■●死亡 |
| 主介護 | 氏名：      | 続柄 (     　　) 年齢　     　歳 |
| 介護状況 |       |
| **利用サービス** | 医療機関 |       | (通院・在宅医療） | 薬局 |       |
| 歯科医療機関 |       | 居宅療養管理指導 | 職種：      |
| 介護サービス | [ ] 訪問介護 | [ ] 訪問看護 | [ ] 訪問入浴 | [ ] 訪問リハ | [ ] 通所介護 | [ ] 通所リハ | [ ] 短期入所 |
| 自己負担割合(   割) |       |       |     |     |     |     |     |
| [ ] 福祉用具 (      | ) | [ ] 他 (      | ) |
| [ ]  | 疾患歴 |       | 医療処置　[ ] 無 |
| [ ] 胃ろう　 [ ] 経鼻栄養[ ] ＩＶＨ　 [ ] インスリン[ ] 末梢点滴 [ ] 気管切開[ ] 酸素 (     L) [ ] 麻薬[ ] 人工呼吸 [ ] 尿道カテ[ ] 人工膀胱 [ ] 人工肛門[ ] 吸痰 (     回／日 )[ ] 導尿 (     回／日 ) |
| 薬情添付あり | お薬情報 |       | 服薬管理 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | 服薬状況 | [ ] 処方通り[ ] 飲み忘れ時々[ ] 飲み忘れ多い[ ] 処方守れない |
| 入院歴 | [ ] 無　[ ] 有　過去1年間の入院回数 ( |     | 回) | 直近入院     年     月頃 |
| アレルギー | 視力支障 | 褥瘡 | 麻痺 | 口腔ケア | 義歯使用 |
| **身体** | [ ] 無 [ ] 有 | [ ] 無 [ ] 有 | [ ] 無 [ ] 有[ ] 発赤[ ] びらん[ ] 潰瘍 | [ ] 無　　　[ ] 他部位[ ] 左上肢　[ ] 右上肢[ ] 左下肢　[ ] 右下肢[ ] 軽度 [ ] 中度 [ ] 重度 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 良[ ] 不良[ ] 不使用[ ] 義歯不要 | 周辺症状　[ ] 無 |
| 感染症 | 聴力支障 | [ ] 失見当識 [ ] 徘徊[ ] 理解力なし [ ] せん妄[ ] 暴言暴力 [ ] 大声[ ] うつ傾向 [ ] 昼夜逆転[ ] 介護抵抗 [ ] 不潔行為 |
| [ ] 無 [ ] 有 | [ ] 無 [ ] 有 |
| 医療特記 |       | 意思疎通 | 睡眠障害 | 嚥下機能 |
| [ ] 可 [ ] 一部可 [ ] 不可 | [ ] 無 [ ] 有 | [ ] 良 [ ] 不良 |
|  | 移　動 | 移　乗 | 更　衣 | 入　浴 | 食　事 | 食事形態 | 摂取方法 | 摂取制限 |
| * **生活機能**
 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 普通[ ] きざみ[ ] 嚥下食[ ] ミキサー | [ ] 経口 [ ] 経管 | [ ] 食事 [ ] 水分 |
| ケアマネジャーが考える 在宅生活に必要な要件 |
|       |
| 移動手段 | 起居動作 | 整　容 | 排　尿 | 排　便 | 排泄方法 |
| [ ] 独歩[ ] 杖[ ] 歩行器[ ] 車いす | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 | [ ] トイレ[ ] ポータブル[ ] 尿器[ ] おむつ |
| 入院前の本人家族の意向       | 入院に至る経過・特記事項      | 記入者 | 所属 |       |
| 氏名 |       | 職種：      |
| TEL |       | FAX |       |
| 退院前カンファレンスの開催　[ ] 希望あり |

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会 【ver.4】R5.2