

# 1 フェースシート

年 月 日受付 | 訪問・電話・来所・その他( ) 相談受付者

本人氏名	男・女	年齢	M T S	年 月 日生れ( 歳)
住 所	〒 携帯			
緊急連絡先	氏名	男・女	年齢( 歳)	本人との続柄( )
	住所	携帯		
相 談 者	氏名	男・女	年齢( 歳)	本人との続柄( )
	住所	携帯		
相談経路 (紹介者)				
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)

(本人)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(家族および介護者)

.....

.....

.....

## ■これまでの生活の経過

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

高額介護 サービス費該当	利用者負担 ( <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			
身障手帳	<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	障害程度(支援)区分→( )	
日常生活自立度	寝たきり	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)

アセスメント実施日 | 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・問題点					
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	職の有無	健康状態等	特記事項
		男・女		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・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	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"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	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)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	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)通所介護(デイサービス)	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"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<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"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	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"/> 複合型サービス	月	日	<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"/> 市町村特別給付 [			<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン	月 回

<input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 洗濯サービス <input type="checkbox"/> 移送サービス <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	<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	月 回 月 回 月 回 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 <input type="checkbox"/> 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(地域福祉権利擁護事業) <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( )	<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
	健康保険 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	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・給与住宅・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( )
諸設備 洗濯機 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 湯沸器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
【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(必要に応じて「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		<p>△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位</p>			
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】					
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					
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
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
	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
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	<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

## ●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

現在、家族が実施している場合は○  
時々実施の場合は△

現在、在宅サービス等で実施している場合○

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)

### 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

あり→P9

なし

【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) 拭拭・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】

【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

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 K記  
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"/> ポータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <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

<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

【特記、解決すべき課題など】

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	

家族等からの情報と観察	
-------------	--

●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

援助の現状	(家族)	(サービス)

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- 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	
	5-2 金銭の管理	1	2	3	
	5-3 日常の意思決定	1	2	3	4
	5-4 集団への不適応	1	2	3	
	5-5 買い物	1	2	3	4
	5-6 簡単な調理	1	2	3	4
	5-7 電話の利用	1	2	3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	2	3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	1	2		

→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
	家族実施	サービス実施		
1)金銭管理				
2)買い物				
3)調理				
4)準備・後始末				

6- ⑤5-7～ 5-8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)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  
あり ( ) なし
- イ. 地域近隣との交流  
あり ( ) なし
- ウ. 友人知人との交流  
あり ( ) 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必要あり

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"/>	バイタルサインのチェック
	2. 中心静脈栄養					<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
	3. 透析					<input type="checkbox"/>	内服薬
	4. ストーマ(人工肛門)の処置					<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等)
	5. 酸素療法					<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"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
	7. 気管切開の処置					<input type="checkbox"/>	注射
	8. 疼痛の看護					<input type="checkbox"/>	吸引
	9. 経管栄養					<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"/>	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"/>	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"/>	中心静脈栄養法
						<input type="checkbox"/>	酸素療法
		【特記、生活上配慮すべき課題など】					人工呼吸療法
							気管カニューレ管理
							自己導尿
							自己腹膜灌流
							膀胱留置カテーテル管理
							人工肛門・人工膀胱管理
							疼痛管理
							褥瘡管理

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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
	車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2)栄養・食生活	食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
	現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡
	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性
	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療
	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )	
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項	・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )	・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )	・その他 ( )		
(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 不明	



■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	本人が自分でしていること	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	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					

(深夜) 4  
5  
6  
(早朝) 7  
8  
(午前) 9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
(午後) 19  
20  
21  
22  
23  
24  
(夜間) 1  
2  
3  
(深夜) 4

- ◎:排便    △:食事    □:起床
- :排尿    ☆:入浴    ■:就寝