

松戸市生活保護受給者介護サービス活用プログラムアセスメントシート

令和 年 月 日記入

ケース番号		世帯主名		担当CW	
住 所					
氏 名	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (才)	
住居形態	アパート 階(EV 有・無) / 一戸建て(平屋・その他) / 施設入所中 / 入院中				
現在の介護度	なし / 事業対象者 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
身体障害者手帳の所持	有 () ・ 無				
精神保健福祉手帳 //	有 () ・ 無				
家族構成					
緊急連絡先					
医療機関名				主治医	
住所・電話					
既往歴 ※	(発症年月日 年 月 日)				
他施策の利用 (該当するものに○)	配食サービス(平成 年 月 日から)・緊急通報装置 あり・なし その他(権利擁護にて金銭管理)				
希望するサービス	該当する項目に○をすること				
訪問介護	食事・掃除・入浴・買い物・通院・その他()				
デイサービス	希望する・希望しない				
福祉用具貸与	ベッド・車椅子・その他()				
ショートステイ	希望する・希望しない				
訪問看護	希望する・希望しない				
そ の 他					
サービス導入後の目標					
担当者所見・特記事項					

※ 既往歴については、介護が必要となる原因疾患名を中心にできるだけ具体的に記入する事

松戸市生活保護受給者介護サービス活用プログラムアセスメントシート(基本チェックリスト)

記入日 年 月 日 担当

ケースNo.	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (才)	
住所	電話		()	
No.	質問事項	回答(数字に○をする)		該当数
1	バスや電車で1人で外出していますか？	0. はい	1. いいえ	/5
2	日用品の買い物をしていますか？	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか？	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか？	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談に乗っていますか？	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか？	0. はい	1. いいえ	/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか？	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか？	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだ事がありますか？	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか？	1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか？	1. はい	0. いいえ	/2
12	身長 cm/体重 kg (BMI)※18.5未満	1. はい	0. いいえ	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？	1. はい	0. いいえ	/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか？	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか？	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか？	0. はい	1. いいえ	/2
17	昨年と比べて外出の回数は減っていますか？	1. はい	0. いいえ	
18	「いつも同じ事を聞く」等の物忘れがあるとされますか？	1. はい	0. いいえ	/3
19	自分で電話番号を調べて電話をかけられますか？	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか？	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	1. はい	0. いいえ	/5
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事が今では億劫に感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)訳もなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

合計 /25

主体的健康感について、今の健康状態は次のどれにあてはまりますか？

【 よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない ・ 不明 】

松戸市生活保護受給者介護サービス活用プログラムアセスメントシート《見本》

令和 年 月 日記入

ケース番号	××××	世帯主名	松戸 一郎		担当CW	〇〇
住 所	松戸市根本387-5					
氏 名	松戸 一郎 (男)・女	生年月日	明 (大)・昭 10年10月10日 (88才)			
住居形態	アパート 階(EV 有(無)) / 一戸建て(平屋・その他) / 施設入所中 / 入院中					
現在の介護度	(なし) / 事業対象者 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5					
身体障害者手帳の所持	有(無)					
精神保健福祉手帳 "	有(無)					
家族構成						
緊急連絡先	松戸市××××					
	090-9999-9999					
医療機関名	松戸市市立病院		主治医	〇〇 〇〇		
住所・電話	松戸市上本郷					
既往歴 ※	(発症年月日 年 月 日)					
他施策の利用 (該当するものに○)	配食サービス(平成 年 月 日から)・緊急通報装置 あり・なし その他(権利擁護にて金銭管理)					
希望するサービス	該当する項目に○をすること					
訪問介護	食事 (掃除)・入浴 (買い物)・通院・その他()					
デイサービス	(希望する) 希望しない					
福祉用具貸与	ベッド・車椅子・その他()					
ショートステイ	希望する (希望しない)					
訪問看護	希望する (希望しない)					
そ の 他						
サービス導入後の目標	<p>掃除、買物、ゴミ出し等の家事を援助することで生活の自立を図る。</p> <p>家族協力のもと、病院受診を継続させる。</p>					
担当者所見・特記事項	<p>主は、被害妄想あり受診もままならない状況、継続通院を支援する。</p> <p>身辺を清潔に保ち、独居生活が安心しておくれるよう援助していく。</p> <p>人との係わりがもてる様、今後デイサービス等も検討していく。</p>					

※既往歴については、介護が必要となる原因疾患名を中心にできるだけ具体的に記入する事