

KSWアセスメントNo.1 (フェイスシート)

作成日	
-----	--

担当CM (実施者)		アセス区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 他 ()				
受付日		受付対応者		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 他 ()			
面談場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他 ()		面談者					
利用者名 (フリガナ)		性別		生年月日 (才)				
住所 〒 - 名古屋市		電話	-	-				
相談者氏名		続柄		fax	-			
		住所 〒 -		携帯	-			
		電話	-	-				
医療機関名		受診科	電話番号	担当医	主			
病院		科 ()	()	先生	<input type="checkbox"/>			
病院		科 ()	()	先生	<input type="checkbox"/>			
病院		科 ()	()	先生	<input type="checkbox"/>			
病院		科 ()	()	先生	<input type="checkbox"/>			
病院		科 ()	()	先生	<input type="checkbox"/>			
【既往歴】		【入院歴】		病院 ~ : 病院 ~ : 病院 ~ :				
介護保険被保険者番号		医療保険	負担割合	介護	生活保護 (CW)			
要介護状況区分		認定日	令和 年 月 日	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
交付日		令和 年 月 日						
障がい者手帳		(種 級 :)		<input type="checkbox"/> 重度障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証				
介護保険負担限度額認定証		後期高齢限度額適用・標準負担額減額認定証 / 健康保険限度額適用認定証等						
生活状況	家族の名前と続柄		同居別居	住所	電話番号	緊急連絡	【家族図】	
					()	<input type="checkbox"/>		
					()	<input type="checkbox"/>		
					()	<input type="checkbox"/>		
居住状況	1 <input type="checkbox"/> 戸建 (階) ・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)		専有居室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (畳)	日当たり <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪			
	エレベーター ()		エアコン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	居室段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	2 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 () 他 ()		トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ウォシュレット	手摺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	段差	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3 駐輪場 訪問時の使用		浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手摺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	浴槽	cm
駐車場 訪問時の使用		就寝	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護ベッド	騒音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
生活歴	出身地	職業歴	趣味・特技	交流関係	その他			
	本人の希望・意向		家族の希望・意向		日常生活自立度 (障がい)			
主訴					調査票	【 () 】		
					意見書	【 () 】		
					現在	【 () 】		
【現在利用中のサービス (※介護保険、障がい福祉、インフォーマル等を含む)】					日常生活自立度 (認知症)			
					調査票	【 () 】		
					意見書	【 () 】		
					現在	【 () 】		
【特記・備考】					収入 (月額)			
					年金	【 () 円		
					その他	【 () 円		
					住民税	【 () 世帯		

KSWアセスメントNo.2

作成日		回目	
-----	--	----	--

担当CM (実施者)		アセス区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 他 ()		
面談場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他 ()	面談者			
被保険者 証情報 他	利用者名 (フリガナ)	性別	生年月日 (才)		
	介護保険 被保険者番号	医療 保険	負担 割合	介 医	生活保護 (CW)
	要介護状況区分	認定日 交付日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	審査会意見等	支給限度額 給付制限等			

《健康状態》 ※一部介助は声かけ・見守りを含む

主傷病・既往歴	特記・備考	服薬状況	
：		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 1一包化 2カプ - 3BOX 4薬手帳 5他 ()	
：			
：			
：			
：			
：			
平均的な血圧	【収縮期】	【拡張期】	降圧剤服用
痺・痛み等	特別な医療		塗り薬
	1点滴 2中心静脈栄養 3人工透析 4ストーマ 5在宅酸素療法 6人工呼吸 7気管切開 8胃瘻 9腸瘻 10自己導尿 11カテーテル 12心臓ペースメーカー 13その他 ()		貼り薬
			点眼薬
			薬局情報
		薬局 店	住所 電話 氏名
		掛かりつけ薬剤師	
本人の病気に対する理解や意向			
家族の病気に対する理解や意向			
受診時に医師の話を正しく理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	→ (具体的内容)	
院内での移動や手続き等の理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	→ (具体的内容)	
医療機関側の院内介助等の対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	→ (具体的内容)	

《ADL・IADL》 ※一部介助は声かけ・見守りを含む

寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
屋内歩行 (手段:)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
屋外歩行 (手段:)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法・手段	1一般浴 2シャワー浴 3特殊浴 4清拭
整容 (洗顔・整髪・髭剃り等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替え (上着・シャツ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替え (ズボン・パンツ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
寝具やシーツの交換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
ゴミ出し (ふれあい収集: 無)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	普通: プラ: 資源:
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
郵便物や書類の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
主な交通手段	1自転車 2電車 3バス 4タクシー 5介護タクシー	
自動車の利用	<input type="checkbox"/> 日常的に運転 <input type="checkbox"/> 必要時に運転 <input type="checkbox"/> 運転しない	

《家族・社会との関わり》

同居家族の有無→交流や役割	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
別居家族の有無→交流や役割	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
社会活動の参加→参加意欲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
地域活動の参加→参加意欲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
仕事の有無→就業意欲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喪失感・孤独感	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有
引きこもり	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有

KSWアセスメントNo.3

作成日		回目
-----	--	----

氏名等	利用者名 (フリガナ)	性別	生年月日	() 才)
-----	-------------	----	------	--------

《認知機能・判断能力・コミュニケーション》

短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
精神症状	1せん妄 2幻覚 3幻聴 4暴言 5暴力 6妄想 7他 ()
気分と問題行動	1気分の落込み 2不安や恐れが強い 3うつ 4徘徊 5介護抵抗 6収集癖 7火の不始末 8不潔行為 9異常行動 10他 ()
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
意志の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
他者の発言を理解	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
眼鏡の使用	1老眼鏡 2他 ()
聴力障害→補聴器の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
言語コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
非言語コミュニケーション	1筆談 2手話 3点字 4他 ()
コミュニケーションツール	1固定電話 2携帯 3スマホ 4メール 5ライン

《排泄・皮膚状態・介護力・他》 ※一部介助は声かけ・見守りを含む

排泄	日中排泄	症状	1便秘 2下痢 3頻尿 4他 ()
		私ツ等の有無	1尿パッド 2リハパッド 3私ツ 4他 ()
手段(尿)		1トイレ 2ポット/ケトル 3尿器 4私ツ内 5カテーテル	
介護(尿)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
後始末(尿)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
手段(便)		1トイレ 2ポット/ケトル 3便器 4私ツ内 5ストマ	
介護(便)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
後始末(便)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
尿意・便意		尿: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
回数(1日)		尿: 回数程度 便: 回数程度	
夜間排泄	私ツ等の有無	1尿パッド 2リハパッド 3私ツ 4他 ()	
	手段(尿)	1トイレ 2ポット/ケトル 3尿器 4私ツ内 5カテーテル	
	介護(尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	後始末(尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	手段(便)	1トイレ 2ポット/ケトル 3便器 4私ツ内 5ストマ	
	介護(便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	後始末(便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意・便意	尿: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	回数(1日)	尿: 回数程度 便: 回数程度	
	失禁の有無	尿: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有 便: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有	
排便コントロールの必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

皮膚の状態	爪切り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	爪の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 不明
	皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 不明
	褥瘡	有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位 () 程度 1発赤 2びらん 3潰瘍 4骨等の露出
	かゆみ/発疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位 ()
	開放創/手術創/裂傷/切傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位 ()
	魚の目/たこ/水虫/変形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位 ()
	疥癬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ()	

介護力	主介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄:)
	主介護者の年齢と居住場所	年齢 歳位 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近居 <input type="checkbox"/> 遠方
	主介護者の介護の意思	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高)
	主介護者の仕事の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	主介護者の介護知識等	<input type="checkbox"/> 豊富 <input type="checkbox"/> やや豊富 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足
	主介護者の健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い
主介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 重い	

住宅	日常的に使用する導線	1玄関 2廊下 3居室 4リビング 5キッチン 6トイレ 7洗面 8浴室 9階段 10ホール 10庭 11他 ()
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 場所 ()
	福祉用具の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 場所 ()

その他	特別な状態	1虐待 2ターミナル 3医療依存度が高い 4寝たきり 5外国人 6後見制度利用中 7経済的困窮状態 8全く身寄りがない 9その他 ()
-----	-------	---

KSWアセスメントNo.4

作成日		回目	
-----	--	----	--

氏名等	利用者名 (フリガナ)	性別	生年月日
			(才)

《食事・口腔》 ※一部介助は声かけ・見守りを含む

食事摂取	栄養状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 肥満			
	体重・身長・BMI	身長	m	体重 kg BMI	
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事の場所	<input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> キッチン <input type="checkbox"/> 他			
	食事の手段	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 他			
		1箸 2スプーン・フォーク 3自助具 4他			
	朝食	準備・調理等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 他		
		配膳 時頃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		食事内容	<input type="checkbox"/> ご飯とおかず <input type="checkbox"/> おかず <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 他		
	昼食	準備・調理等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 他		
		配膳 時頃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		食事内容	<input type="checkbox"/> ご飯とおかず <input type="checkbox"/> おかず <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 他		
	夕食	準備・調理等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 他		
		配膳 時頃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		食事内容	<input type="checkbox"/> ご飯とおかず <input type="checkbox"/> おかず <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 他		
間食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
水分摂取 1日 ∞	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不足気味 <input type="checkbox"/> 脱水状態				
嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
食事形態	1普通 2粥 3とろみ 4キザミ 5ミキサー				
経管栄養・胃ろう	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
治療食の必要	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】制限				
口腔	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	口腔ケアの手段	1歯磨き 2入れ歯洗浄 3他 ()			
	口腔内の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 不明			
	入れ歯の状況 (上歯)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯			
	入れ歯の状況 (下歯)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯			
	歯や口腔に関する悩み	1かみ合わせの悪さ 2舌苔 3口臭			
		4口腔内の乾燥 5痛みや腫れ 6出血 7その他 ()			
歯科受診・掛かりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 必要時受診 <input type="checkbox"/> 受診していない	【通院頻度・通院方法・同行者の有無等】			
	歯科先生	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問	住所: 電話:		

《生活リズム・活動・生活歴》

1日の生活の流れ		1週間の生活の流れ	
時 分		月曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		火曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		水曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		木曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		金曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		土曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()
時 分		日曜日	<input type="checkbox"/> 特に決まった予定はない <input type="checkbox"/> ある ()

夜間睡眠 眠れる 眠れない 【睡眠薬】 1入眠困難 2中途覚醒 3早朝覚醒 4昼夜逆転 5他 ()

活動	日課として行っている活動	
	自分で行っている運動	
	行ってはいないがができる活動	

これまでの生活	
---------	--

KSWアセスメントNo.5

作成日		回目	
-----	--	----	--

氏名等	利用者名 (フリガナ)	性別	生年月日	(才)

《現在利用しているサービス》

<input type="checkbox"/> 介護サービス	1訪問介護 2訪問入浴 3訪問看護 4訪問リハ 5通所介護 6通所リハ 7短期入所生活介護 8短期入所療養介護 9居宅療養管理指導 ()
<input type="checkbox"/> 予防サービス	10福祉用具貸与 ()
<input type="checkbox"/> 総合事業	11福祉用具購入 () 12その他 ()
<input type="checkbox"/> 地域密着型サービス	1定期巡回随時対応型訪問介護看護 2夜間対応型訪問介護 3認知症対応通所介護 4地域密着型通所介護 5その他 ()
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 住宅改修歴： 万円 施工時期： 施工時介護度：
<input type="checkbox"/> その他	1火災報知機 2自動消火器 3老人用電話 4オムツ支給 5寝具の乾燥消毒 6電磁調理器 7介護慰労 8緊急通報装置 9ボランティア 10生活支援型食事サービス 11配食サービス (生活支援型非適用) 12医療保険での訪問看護 13自費福祉用具レンタルサービス () 14その他 ()

《現在関わっている介護事業所・医療機関・医療機器レンタル・入院時に停止が必要なサブスク・その他の関係者等》

種別	事業所名	担当者名	電話番号	携帯番号	備考

《今回のアセスメントから抽出した生活全般の解決すべき課題》

①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
⑧
⑨
⑩

《上記の中で直ちに改善・解決のための支援等が行えない課題とその理由》

☆
☆
☆

《課題が残ったことで今後予測されるリスク等》

☆
☆
☆

《今後の見通しや方向性について》

☆

KSWアセスメントNo.6

作成日		回目
-----	--	----

氏名等	利用者名 (フリガナ)	性別	生年月日	(才)

《住宅図面・周辺環境等》

《関節可動域制限・禁忌動作・アレルギー等要配慮事項》

☆

《その他の特記事項》

☆
☆
☆
☆
☆
☆
☆
☆
☆

災害アセスメント	同居家族等	訪問看護重要度	訪問介護重要度	病識	避難手段	住居形態	人工呼吸器等
暗証番号等要配慮事項				マイナンバー			
今回のアセスメント理由							