

# コンパクトアセスメント

記入年月日

年

月

日

ADLと現在の状況					能力や可能性／精神心理状態など			チェック欄		
ADLおよびADL	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	立位	<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						
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	着衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		失禁	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	回数	尿	回/日	便	回/日	コントロール方法
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		栄養状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	食事回数	回	水分摂取量	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	cc/日
	口腔ケア衛生	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		口腔内の状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	義歯	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 全	<input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 上
	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	買物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	環境整備掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
褥瘡の程度 皮膚の清潔状況										
特別な状況 虐待・ターミナル										
社会との かかわり	参加意欲									
	変化									
	喪失感 孤独感等									
コミュニ ケーション	視力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	聴力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良				
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	電話	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良				
服薬内容										

# まとめシート

記入年月日

年 月 日

現状	考える視点（原因・可能性・リスク）	解決すべき条件



## 基本情報

支援事業所		事業所番号		介護支援専門員	
所在地		TEL		FAX	
受付日時	年 月 日	時	受付対応者	受付方法	来所 TEL その他
訪問日	課題分析場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ( )		理由
フリガナ		生年月日	M T S H	年 月	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		被保険者番号		保険者番号	
現住所	〒		福祉サービス利用援助事業		家族構成
			<input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 日常生活		
電話番号		家族名		年齢	続柄
		同・別居		電話番号	緊急連絡順
家族等連絡先					
介護者に関する情報		主たる介護者	意思	有・無	負担感
				有・無	
生活歴				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人 ●死亡 △キーパーソン 趣味・特技など	
要介護度		認定日		有効期間	
		年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
支給限度額		交付年月日		障がい自立度	認知症自立度
		年 月 日		審査会の意見	
①	医療機関名	診療科目		主治医	回数
					回 / 週月
所在地		TEL		FAX	
②	医療機関名	診療科目		主治医	回数
					回 / 週月
所在地		TEL		FAX	
健康状態		病名		症状・痛み・経過・その他	
既往症	①				
	②				
主傷病	①				
	②				
	③				
主治医の意見より					
健康保険				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	医療費負担割合
					割
公費負担		生保		<input type="checkbox"/> 担当CW	負担限度額認定
					段階
障害者手帳		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経済状況		

## 周辺症状の現状とその背景

記入年月日

年 月 日

周辺症状		現症状			背景・要因・気づいたことなど	チェック欄
ア	被害を訴える	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
イ	状況に合わない話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ウ	ない物が見える・聞こえる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
エ	気持ちが不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
オ	夜眠らない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
カ	荒々しい言い方や振る舞いをする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
キ	何度も同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ク	周囲に不快な音をたてる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ケ	声かけや介護を拒む	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
コ	大きな声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
サ	落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
シ	歩き続ける	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ス	家に帰るなどの言動を繰り返す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
セ	一人で危険だが外へ出ようとする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ソ	外出すると一人で戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
タ	いろいろなものを集める	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
チ	火を安全に使えない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ツ	物や衣類を傷めてしまう	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
テ	排泄物をわからず触ってしまう	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
ト	食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある		
日常の意思決定 認知能力						
本人・家族の 主訴・要望						
事業所への お願い（配慮）						