

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
	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					
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							
現住所	〒		保険者番号							
			福祉サービス利用援助事業		家族構成					
電話番号			<input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 日常生活							
家族等連絡先	家族名	年齢	続柄	同・別居	電話番号	緊急連絡順				
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				
支給限度額	交付年月日		障がい自立度	認知症自立度	審査会の意見					
	年	月	日							
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）						