



新宿区介護者リフレッシュ支援 アセスメント票

記入者	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー（事業所名： _____ 記入者名： _____）
	<input type="checkbox"/> （ _____ ） 高齢者総合相談センター 記入者名： _____
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

【要介護者の状況】

1 要介護認定

要介護度	認知症自立度	認定調査結果	主治医意見書
	障害自立度	認定調査結果	主治医意見書

2 認知症

診断	有 ・ 無
病名	アルツハイマー病 ・ 脳血管性疾患 ・ その他(混合型・レビー小体・前頭側頭型・老人性認知症)
中核症状	記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 判断力障害 ・ その他( _____ )
周辺症状	不安 ・ 焦燥 ・ うつ状態 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 興奮 ・ 暴言、暴行 ・ せん妄 ・ 介護に抵抗徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他( _____ )

3 その他の病気

--

4 ADL・IADL

ADL	自立	一部介助	全介助	具体的状況
歩行(移動)				
排泄				
食事				

  

IADL	自立	一部介助	全介助	具体的状況
調理				
掃除				
買物				
金銭管理				
薬剤管理				

5 生活歴

--

【介護者の状況】

6 普段の介護状況等

--

7 困っていること

--

8 希望する支援内容

- 調理     洗濯     掃除     買い物     見守り、話し相手  
 通院介助     散歩の付添     食事介助     排泄介助     その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )