

ア) 基本情報

受講番号: _____

受講生氏名: _____

基本情報に関する 9 項目 (No. 1 ~ No. 9)

利用者名		性別		生年			
住所				電話番号			
相談までの経緯	〔相談内容〕						
主訴・意向	〔本人・家族の要望〕						
これまでの生活と現在の状況	〔生活歴〕						
病歴	〔経過・病歴等〕			〔主治医・服薬〕			
障害高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医	主治医意見書		認知症高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医	主治医意見書	
	介護支援専門員	初回アセスメント			介護支援専門員	初回アセスメント	
認定情報	有効期間 : 認定日 : 介護度 : 介護負担割合 :						
今回のアセスメントの理由							
利用者の社会保障制度の利用情報							
現在利用している支援や社会資源の状況							

家族状況（ジェノグラム・エコマップ）

家屋状況（ご本人の居住スペース、動線を記入する。）

No.	標準項目名	項目の主な内容
10	健康状態	
11	ADL	
12	IADL	
13	認知機能や判断能力	
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	
15	生活リズム	
16	排泄の状況	
17	清潔の保持に関する状況	
18	口腔内の状況	
19	食事摂取の状況	
20	社会との関わり	
21	家族等の状況	
22	居住環境	
23	その他留意すべき事項・状況	

利用者名 _____ 様

居宅サービス計画作成者 氏名 _____

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

利用者名 _____ 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							
早朝	6:00							
	8:00							
	10:00							
午前	12:00							
	14:00							
	16:00							
午後	18:00							
	20:00							
	22:00							
夜間	24:00							

週単位以外のサービス	
------------	--