

通所型サービス 利用者基本情報

記入日 年 月 日
 記入者

【基本情報】

ふりがな		性別	年齢	生年月日		
利用者氏名			歳	M・T・S	年	月 日
住所	〒		電話番号			
世帯類型	1. 同居 2. 日中独居 3. 高齢者夫婦 4. 独居		区分	申請中 要支援 1・2 事業対象者		
緊急連絡先	氏名	本人との続柄	住所		電話番号	
①						
②						

【交流】

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ 頻度(回/週・月) 主な外出先()
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	

【認知面】

認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II III IV M	特記事項
問題行動	なし 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他()	
1. 会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

【栄養】

1. 食事の回数	回/日 (規則的 不規則的)
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容(カロリー(糖分) 塩分 蛋白質 その他)
特記事項	

【口腔】

義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()) <input type="checkbox"/> 無	特記事項
1. 固いものの食べにくさがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
2. むせることがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

【既往歴・疾病】

発症時期	疾患名	特記事項
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		

【服薬・点眼・点鼻薬】

		特記事項
主治医①	医療機関名	医師名 <TEL>
主治医②	医療機関名	医師名 <TEL>

通所型サービス アセスメント表 1

利用者氏名

基本動作	1. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 背もたれなしで座る	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 背もたれがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	3. 座位から立位になる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
歩行	4. 立位保持ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	5. ベッドから椅子に移ることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持			
歩行	1. 屋内歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 1人ではできない
	2. 屋外歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 1人ではできない
	3. 継続して歩ける時間	<input type="checkbox"/> 15分未満	<input type="checkbox"/> 15分以上
【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】			
【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持			
外出	1. バスや電車で1人で外出できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	2. 事業所までの移動手段	<input type="checkbox"/> 事業所による送迎	<input type="checkbox"/> 家族による送迎 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他
	3. 階段を手すりや壁をつたわずに昇ることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】			
【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持			
入浴	1. 入浴を1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 浴室内を移動できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	3. 身体を洗う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
入浴	4. 浴槽に入る、浴槽から出る	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	5. 身体を拭く	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	6. 髪を洗う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】			
【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持			
排泄	1. 排泄が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 後始末をする(拭き取る)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持			
整容・更衣	1. 整容が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 髪や髭の手入れができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	3. 歯磨きができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
整容・更衣	4. 自分で衣服の着脱ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

通所型サービス アセスメント表 2

利用者氏名 _____

調理	1. メニューを考える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 必要な食材・調味料を準備する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	3. 自分で食事の支度をし、片付けができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	【調理をしていない場合の考えられる原因】	【本人・家族の希望】		
	【事業所での支援の必要性及び方法】			

洗濯	1. 洗濯機等を利用し、洗濯を行う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 洗濯物を干して取り込むことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	【洗濯をしていない場合の考えられる原因】	【本人・家族の希望】		
	【事業所での支援の必要性及び方法】			

掃除	1. 掃除機を使って掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 雑巾を絞って拭くことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	3. 水廻りの掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	4. 部屋のゴミを集め収集所まで持って行くことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	【掃除をしていない場合の考えられる原因】	【本人・家族の希望】		
	【事業所での支援の必要性及び方法】			

買物	1. 日用品の買物をしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	2. お店まで移動する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	3. 必要な品物をカゴ・カートに入れる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	4. 代金の支払ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	5. 買った物を持って帰る	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援でできる	<input type="checkbox"/> できない
	【買物ができない場合の考えられる原因】	【本人・家族の希望】		
	【事業所での支援の必要性及び方法】			

■ 居宅で本人が取り組んでいること

通所型サービス計画書

利用者氏名	(男 ・ 女)	生年月日	作成者		
		年 月 日			
区分	申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 事業対象者	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	(予防デイ ・ 元気デイ ・ 併用)	計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
家族及び本人の意向					
介護予防サービス・支援計画書					
目標①					
目標②					
通所型サービス計画書					
目標①					
目標②					

【目標達成のために取り組むこと】

心身機能	活動	参加

【目標達成のために支援する内容】

項目	支援内容	留意点

【送迎方法】

迎え	有 ・ 無	送り	有 ・ 無	無の場合の交通手段
送迎に関する留意事項				

【報酬算定及び週間予定表】

曜日	利用	提供時間	算定区分 (元気デイのみ)	食事	入浴	送迎	栄養	口腔	外出	レク	機能訓練 (全体)	機能訓練 (個別)	その他
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										

【加算】

選択的サービス複数実施加算			生活機能向上グループ活動加算	元気デイのみ
運動器機能向上加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算		口腔ケア加算
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

【実施場所】

<input type="checkbox"/> 本体事業所 <input type="checkbox"/> サテライト

【栄養・口腔に関する目標と支援内容】

	目標	支援内容
栄養		
口腔		

上記の計画について説明を受け、実施することに同意します

平成 年 月 日

事業所名 _____

利用者氏名 _____ 印

説明者 _____

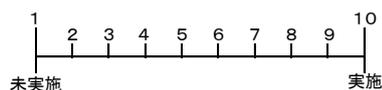
代理人氏名 _____ 印

モニタリング・評価

評価者 _____

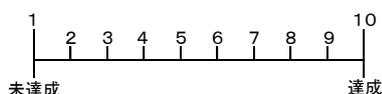
評価実施日 平成 年 月 日

①サービスの実施状況



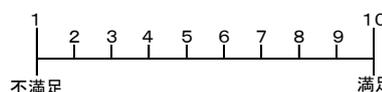
()

②目標の達成度



()

③利用者及び家族の満足度



()

④今後の方針・計画変更の必要性等

()

⑤他事業所との連携

()

上記の評価について説明を受けました

平成 年 月 日

説明者 _____

氏名 _____ 印

通所型サービス計画の実施状況報告書

利用者氏名 _____

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日