**【様式：B】**

**課題分析シート**

【基本情報に関する項目】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 受付対応者 |  |
| 受付方法 |  |
| 居宅サービス計画作成等の状況　（　初回　・　初回外　） |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　性別：　　　　　生年月日：　　　　　　　（　　歳）　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |
| 家族等の状況 |  |
| ２ | これまでの生活と現在の状況 |  |
| ３ | 利用者の社会保障制度の利用情報 | 医療保険：障害手帳の有無：生活保護：その他の社会保障制度等：年金　　： |
| ４ | 現在利用している支援や社会資源の状況 |  |
| ５ | 日常生活自立度（障害） |  | 判定年月日：判定者氏名： |
| ６ | 日常生活自立度（認知症） |  | 判定年月日：判定者氏名： |
| ７ | 本人、家族等の主訴・意向 |  |
| ８ | 認定情報 | 要介護区分：　　　　　　認定期間： |
| ９ | 今回のアセスメントの理由 | 初回　・　更新　・　区分変更　・　サービスの変更　・退院　・　退所入所　・　その他の生活状況の変化　・　居宅介護支援事業所の変更等 |

【課題分析（アセスメント）に関する項目】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | 健康状態 | 【既往歴】【現病歴】【症状、痛み等】【主治医及びその他の医療】【医師よりの医療情報・治療方針】【血圧】【受診の状況】【薬情報】【服薬状況】【自身の疾患理解について】身長：　　　　　　　　　体重：　　　　　　　　　BMI：　　　　 |
| 11 | 本人のADL | 寝返り：起き上がり：座位保持：立位保持：立ち上がり：移乗：移動方法：歩行：階段昇降：食事：水分摂取：整容：更衣：入浴：排泄動作：服薬： |
| 12 | 本人のIADL | 調理：掃除、洗濯：買い物：服薬管理：金銭管理：電話の利用：交通機関の利用：車の運転等： |
| 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 | 社会とのかかわり |  |
| 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主な日課 | 本人6　7　　8　　　10　　　12　　　14　　　16　17　18　　　20　　　22　　　24　　　0　　　2　　　4主介護者6　　　8　　　10　　　12　　　14　　　16　　　18　　　20　　　22　　　24　　　0　　　2　　　4 |
| 生活歴 | 0　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出生　　　　 |
| エコマップ | 【例】強いつながり普通のつながりつながりがないつき否定的なつながり＊つながりの強さについては、状況に合わせて追加設定可能。 |