**訪問票（一次アセスメント票）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **※実名は記載しない**　 | 男　・　女 | **訪問目的（事前に具体的に記入）** |
| **年齢** | 　障がい（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **訪問年月日** |  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **家族** | **続柄** | **※実名は記載しない****氏名** | **年齢** | **職業学校** | **同居****別居** | **特記事項** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **[家族構成]**　年齢・主介護者・他の介護者・インフォーマルサポート等記入、同居者は線で囲む |
| （例） | 本人 |
|  | **生活歴・病歴・障がい歴** | **年　　月** | **事項** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **医療機関利用状況**[現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診] |
| **医療保険** | 被保険者　（　　本人　・　家族　　） |
| □　国民健康保険　　　□　健康保険　　　記号　　　　　番号 |
| **障害者医療** | □　更生医療　　　　　　□　自立支援医療 |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在使用している福祉用具：** |

|  |
| --- |
| **生活状況**[普通の一日の流れ] |
| 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ６ |  | ９ |  | １２ |  | １５ |  | １８ |  | ２１ |  | ２４ |  | ３ |  |
| 介護者：  |
| **[その他の一日の生活の流れ]** 休日 |
| 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ６ |  | ９ |  | １２ |  | １５ |  | １８ |  | ２１ |  | ２４ |  | ３ |  |
| 介護者： |

|  |
| --- |
| **希望する１日の流れ** |
| 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ６ |  | ９ |  | １２ |  | １５ |  | １８ |  | ２１ |  | ２４ |  | ３ |  |
| 介護者： |
| **本人の要望・希望する暮らし** |
| **家族の要望・希望する暮らし** |

|  |  |
| --- | --- |
| **関係機関からの情報** | **［家屋の見取り図］**　　□　持ち家　□その他 |
| □     療育手帳判定書 | トイレ、浴室位置や形状、玄関、道路までのアクセスや段差等の記入　（市営住宅、平屋、コーポ、マンション） |
| □     施設入所判定書 |  |
| □     社会調査資料 |
| □     職能判定書 |
| □     指導・経過記録 |
| □      |
| □      |
| **対応者所見**（注意すべき点、気になる点を含む） |