

アセスメントシート 1-1 (本人情報)

作成年月日： _____

記録者職氏名： _____

1 基本情報

ふりがな		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成)
氏名				年 月 日	年 月 日
				年 齢	() 歳
住 所	〒 _____			電 話	_____
緊急時連絡先 ※本人以外	〒 _____ 氏名 () 本人との関係 ()			電 話	_____

2 障がいに関する状況

障がいまたは疾患名	
障がい種別	等級および程度
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6 申請中又は申請予定
2) 身体障がいの種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ()
3) 療育手帳の種類	A・B 申請中又は申請予定
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級 申請中又は申請予定
5) 障害基礎年金等級	1級・2級 申請中又は申請予定
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級 申請中又は申請予定
7) 生活保護の受給	あり(他人介護料有り)・あり(他人介護料無し)・なし
8) 特記事項(手帳情報以外の障がい特性等)	

3 家族の状況 (主たる介護者に○印)

氏名	続柄	世帯	健康状態	備考(職業等)	家族関係図(□=男, ○=女)
		同・別			
		同・別			
		同・別			
		同・別			

4 介護者の状況

介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 介護者一人のみ <input type="checkbox"/> 代替・協力者あり()
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 普通に生活 <input type="checkbox"/> 病気がち()
特記事項	

5 福祉サービス等の利用について

利用を希望するサービス等						
介護保険法	利用中 ・ 利用を希望する ・ 利用しない					
	要介護認定 <input type="checkbox"/> なし（自立） <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 要支援（ ）・ <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 認定日 年 月 日					
障害者総合支援法	障害認定 <input type="checkbox"/> なし（非該当） <input type="checkbox"/> あり ⇒ 障害支援（程度）区分（ ） 認定日 年 月 日					
保健福祉サービス	利用サービス名	提供機関	支援内容	利用頻度	制度	
					介・障	
					介・障	
地域生活支援事業	事業所名	利用サービス	支援の内容・役割	特記事項・連絡先等		

6 医療に関すること

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 老人医療					
過去2年間の入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒① 年 月～ 年 月 病名（ ） ② 年 月～ 年 月 病名（ ）					
治療状況						
	1	2	3			
病名等 （通院頻度）						
医療機関 （科名）						
主治医名						
電話番号						
特記事項						

7 社会参加等について（地域生活関連）

外出の頻度 （過去1ヶ月）	（ ）回程度 主な外出先（ ）					
社会参加の状況						
過去2年間の入所歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒① 年 月～ 年 月 施設の種類（ ） ② 年 月～ 年 月 施設の種類（ ）					
その他特記事項						

8 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

[主に活動している場所] <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
1 日 の 生 活 の 様 子	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> 起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(平日)</div> 就寝 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> 起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(休日等)</div> 就寝 </td> </tr> </table>	起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(平日)</div> 就寝	起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(休日等)</div> 就寝
起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(平日)</div> 就寝	起床 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(休日等)</div> 就寝		

9 居住関連について

住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族等と同居) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> その他 ()		
生活環境	本人の部屋	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 兼用	備考(間取り等)
	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド(普通・ギャッジ・電動) <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	浴室	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
	トイレ	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
	玄関	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
特記事項			

10 免許・資格・検定

有・無	(有の場合記入)
-----	----------

11 やむを得ず定員を超えて利用する場合について(※支給決定市町村に確認すること)

理 由	
特 記 事 項	

アセスメントシート 1-2 (就労関係)

※就労移行、就労継続A、Bについては必須。他は任意。

氏 名: _____

作成年月日: 年 月 日

記録者: _____

1 就労関連について (サービスの種類や量)

就 労 状 況	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型, B型) <input type="checkbox"/> 未就労 <input type="checkbox"/> その他 ()	
過去の就労経験	一般就労やパート・アルバイトの経験 就労移行支援・就労継続支援 (A型, B型) の経験 最近1年間の就労の経験 中断の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
主 な 就 労 先 (期 間)		
一 般 就 労 希 望 の 有 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
希 望 する し ごと		
特 記 事 項		

2 施設外支援について (事業所が施設外支援を行っている場合)

事業所が行っている施設外支援について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
特 記 事 項	

3 施設外就労について (事業所が施設外就労を行っている場合)

事業所が行っている施設外就労について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
特 記 事 項	

アセスメントシート 2 (課題分析)

氏 名 : _____

作成年月日 : H _____

記録者 : _____

1 好きなこと (もの) や得意なこと

2 嫌いなこと (もの) や苦手なこと

3 希望する暮らし・生活

4 特に支援してほしいこと

5 支援をするときに気を付けてほしいこと

6 将来の夢や希望

7 その他