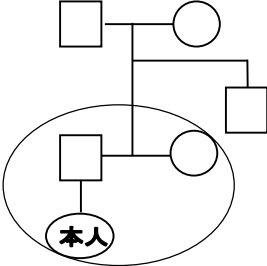


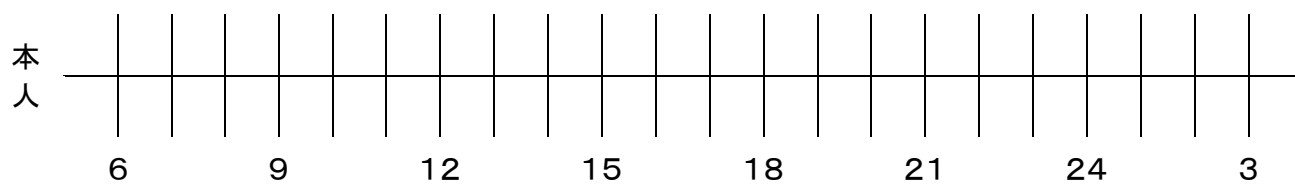
|        |    |
|--------|----|
| ユーザ ID | U- |
| 受講者氏名  |    |

訪問票（一次アセスメント票）

※名前・施設名などは**仮名**または**匿名**で記入してください  
※仮名の場合は必ず、氏名の後に（仮名）と明記してください 例：北九 花子（仮名）

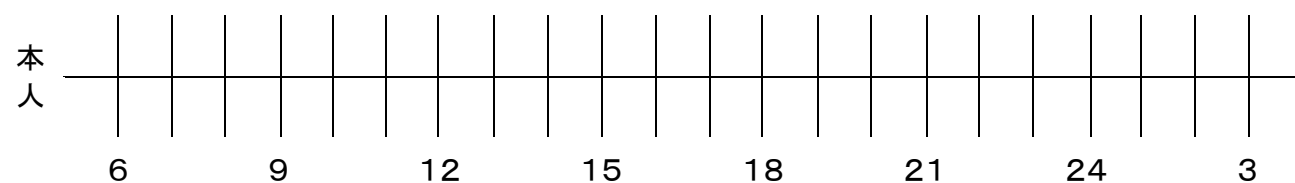
|  |     |                                 |     |                               |                 |          |         |                                 |  |
|--|-----|---------------------------------|-----|-------------------------------|-----------------|----------|---------|---------------------------------|--|
| 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  |     | 平成・令和                           |     | 年 月 日                         |                 |          |         |                                 |  |
| 家<br>族   | 続 柄 | ※実名は記載しない<br>氏 名                |     | 年 齢                           | 職業<br>学校        | 同居<br>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<br><div>（例）</div> |     |                                 |     |                               |                 |          |         |                                 |  |
| 生<br>活<br>歴<br>・<br>病<br>歴<br>・<br>障<br>が<br>い<br>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 ）                 |     |                               |                 |          |         |                                 |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 |     | <input type="checkbox"/> 健康保険 |                 | 記号       | 番号      |                                 |  |
| 障害者医療  |     | <input type="checkbox"/> 更生医療   |     |                               |                 |          |         | <input type="checkbox"/> 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]



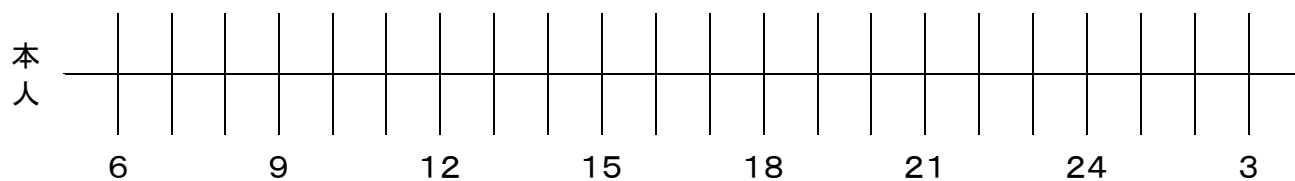
介護者:

[その他の一日の生活の流れ] 休日



介護者:

希望する1日の流れ



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                        | <b>【家屋の見取り図】</b> <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 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<br>段差等の記入（市営住宅、平屋、コーポ、マンション）                     |
| <input type="checkbox"/> 施設入所判定書 |  |
| <input type="checkbox"/> 社会調査資料  |  |
| <input type="checkbox"/> 職能判定書   |  |
| <input type="checkbox"/> 指導・経過記録 |  |
| <input type="checkbox"/>         |  |
| <input type="checkbox"/>         |  |
| 対応者所見（注意すべき点、気になる点を含む）           |  |