**アセスメントシート**記入年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | 記入者 |  |
| 本人との関係 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関係機関との情報共有について本人の同意 | | 同意している　・　同意していない |
| 相談のきっかけ | 関係機関・市政だよりを見て・社協だよりを見て・関係機関からの紹介  家族や知人からの紹介・ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞを見て・その他（　　　　　　　　　　　） | |

本人の状況等を分かる範囲で、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人【基本情報】 | フリガナ |  |  | | 生年月日 | M・T・S・H |
| 氏　名 |  | （ 男 ・ 女 ） | | 年　　月　　日（　 　）歳 |
| 住　所  (居住地) | 八尾市  電話（自宅等）　　　　　　　　　　　　　（携帯等） | | | | |
| 持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 住民票上 | □居住地と同じ　□異なる場合→ | | | | |
| 経済状況  （可能な範囲で記入） | 収入総額　月（　　　　　　　）円 | | 支出総額　月（　　　 　　　）円 | | |
| 内訳　□生活保護（　　　　　　　）円  □国民年金　□厚生年金  □障がい年金（　　級）（　　　　　　　）円  □その他　（　　　　　　　）円 | | 家賃　　 （　　　　　　　　　）円  生活費　 （　　　　　　　　　）円  医療費　 （　　　　　　　　　）円  市・府民税　（　　　　　　　　　）円  その他 （　　　　　　 ）円 | | |
| 預貯金・負債状況  ①金融機関【　　　　　　　　　　　　　】【　　　　　　　　　　　　　　】  ②預貯金（　　　 　 　 　）円　内訳（　　　　　　　）円、（　　　　　　　　）円  ③負債　（　　　 　　 　）円　内訳（　　　　　　　）円、（　　　　　　　　）円  　預貯金・負債額については、　　年　　　月　　　日現在  ④不動産　あり・なし | | | | |
| 判断能力面  障がい程度 | １.要介護度　□未申請　□申請中　□認定済（要支援（　　）要介護（　　　）  【認知症日常生活自立度　自立 Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ】 | | | | |
| ２.療育手帳　□A □B1 □B２ | | | | |
| ３.精神保健福祉手帳　□１級 □２級 □３級] 　障がい名（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ４.身体障がい者[ 身体障がい者手帳　　　級]　障がい名（　　　　　　　　　 　　）  ５.障がい支援区分　【　非該当　区分１　区分２　区分３　区分４　区分５　区分６　】  ６.認知症・障がいが認められる。  （診断は受けていないが、認知症・障がいのあることが明らかな状態である。） | | | | |
| 判断能力低下となる原因の疾患名（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 健康状態 | | 病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　）  病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　）  病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

【様式１】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護・障がいなどの利用状況 | 介護サービスなどの種類 | | | 利用頻度 | | 事業所名 |
| □ホームヘルプサービス（訪問介護） | | |  | |  |
| □訪問看護・療養介護 | | |  | |  |
| □デイサービス（通所介護） | | |  | |  |
| □その他（　　　　　　　　　） | | |  | |  |
| 障がい福祉サービスなどの種類 | | | 利用頻度 | | 事業所名 |
| □居宅介護 | | |  | |  |
| □自立訓練（機能訓練　・　生活訓練） | | |  | |  |
| □移動支援・行動援護・同行援護 | | |  | |  |
| □就労移行支援・就労継続支援（A・B） | | |  | |  |
| □生活介護 | | |  | |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　） | | |  | |  |
| 生活歴 | ＜今までの生活歴＞ | | | | | |
| 家族関係 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 交流  状況 | ＜家族関係図＞ | |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
| 支援者 | 所属・氏名 | | 電話番号 | | 本人との関係 | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
| 必要な支援の  方向性・意見  【現状の課題】 | □財産管理　　　　　　　□日常生活自立支援事業（福祉サービス利用援助）  □虐待及び権利侵害　　　□施設入所、病院入院の契約締結　□その他（　　　　　　　　）  （具体的な事情） | | | | | |
| 必要な支援に対する本人の意向 |  | | | | | |
| 面談の際の特記事項など |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 日常生活自立支援事業の利用 | □利用あり（　　　年　　　月から）　□利用なし |

八尾市社会福祉協議会権利擁護センター作成　2020