

アセスメント票

実施日 R 年 月 日

ふりがな
氏名 男/女 生年月日 年 月 日 才

1 全身疾患

- ・高血圧 (/ mmHg)
- ・脳梗塞 (麻痺側 右 / 左) (年 月頃より)
- ・糖尿病 (血糖値) (年 月頃より)
- ・リウマチ
- ・骨粗鬆症
- ・肺炎
- ・その他 ()
- ・パーキンソン病
- ・癌 (部位)
- ・肝臓病
- ・腎臓病
- ・ぜんそく
- ・肝炎 (A肝 / B肝 / C肝)
- ・梅毒
- ・結核
- ・MRSA
- ・その他 ()

<服用中の薬>

2 意思の疎通

- ・完全に通じる。 ・介護者の協力があればある程度通じる。
- ・ほとんど通じない。 ・認知症 / アルツハイマーである。
- ・聞こえる ・大きな声であれば聞こえる ・聞こえない

3 歯科治療において

嚥下障害 有 / 無

<食事>

- ・家族と同じ物を食べている。 ・刻み食や、やわらかくして食べている。
- ・嚥下補助食品を使用している。 ・経管栄養のみの摂取である。

<ブラッシング> ・介助者がやっている ・自分でやっている

<うがい> ・できる ・できない

4 介護状況

<居住地>

a 自宅 b 病院 c 施設 (施設名)

<世帯形態>

a 独居 b 高齢者夫婦のみ c その他 ()

<介護者>

a 夫婦 b 子供 c その他 ()

<従事者>

a 医師 b 訪問看護婦 c ホームヘルパー d その他 ()

アセスメント票

医療法人かんの歯科クリニック

実施日 R 年 月 日

ふりがな
氏名

男/女 生年月日 年 月 日 才

介護保険情報	
要介護度	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5
被保険者番号	
保険者番号	
介護負担割合	
認定有効期間	年 月 日から
	年 月 日まで
介護認定日	年 月 日

医療保険情報(健康保険)			
有効期限	年	月	日
被保険者番号	記号	番号	
	該当年月日		
交付年月日			
世帯主氏名			
住所			
保険者番号			
保険者			

<かかりつけ医>

<病院名>

<担当医>

<住所>

<TEL>

<通院状況>

<特記事項>連絡方法等

利用サービス名	担当者	TEL/連絡方法
(紹介先)		
(ケアマネージャー)		
介護サービス等はどのような理由でうけていますか？		