

(表面)
実態把握票

友愛訪問サービス事業に☒
を記載してください。

利用申請サービス

- ☒友愛訪問サービス事業
☐自立支援指導員派遣事業
☐その他の事業()

☐食の自立支援事業

I 基本 項目	相談年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	担当者氏名	介護 太郎
	対象者	住所 滝川市大町〇丁目〇番〇号 氏名 滝川 花子 性別 (男・女) 電話 (〇〇-〇〇〇〇) 生年月日 (昭和 11年 11月 11日) 緊急連絡先 090-1234-5678(江部乙 洋子【娘】)		
	聞き取りの相手方 相談内容・主訴	本人・家族(続柄)・他()		
	福祉手帳	1 なし・2 あり(身障 級・精神 ・知的)		
	介護認定申請	1 なし・2 申請中・3 あり(非該当・要支援・要介護)(1))		
	現在利用している 相談機関の状況	1 なし 2 あり(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・福祉担当課・ 民生委員・健康づくり課・その他())		
	現在利用している サービスの状況	1 なし 2 あり(サービス名 ○×デイサービス 利用頻度 土) (サービス名 利用頻度) (サービス名 利用頻度)		
経済状況	家族からの経済的援助 1 なし・2 あり 対象者の収入 年金 ()・その他 () 対象者の収入月額 (約 月10万 円) [備考]			
II 家族 状況	家族構成	1 单身 2 高齢者世帯 3 日中独居 4 その他()		
	家族関係 介護者の状況	市内在住の息子はシフト制勤務のため、生活の介助を行うのは難しい。 市外在住の娘は週に1度訪問し、買い物に連れて行ってくれたりする。		

(裏面)

Ⅲ 生 活 状 況	ADLの状況	移動（歩行）	1	②	3	（ 室内は伝い歩き、屋外は杖を使用 ）
	1 支障なし	食事	①	2	3	（ ）
	2 支障はないが 困難を感じる	排泄	①	2	3	（ ）
	3 支障あり	入浴	①	2	3	（ ）
		着替え	①	2	3	（ ）
		整容	①	2	3	（ ）
	I ADLの状況	掃除	1	2	③	（ 全て娘が行っている ）
	1 している	洗濯	1	②	3	（ 時々娘に手伝ってもらっている ）
	2 しているが不十分	買い物	1	②	3	（ ” ）
	3 していない	調理	1	②	3	（ 惣菜やインスタント食品が多い ）
		金銭管理	①	2	3	（ ）
Ⅳ 健 康 管 理 状 況	病歴等	現病歴：高血圧、膝関節症、骨粗鬆症				
		既往歴等：乳がん、胃潰瘍				
	受診病院等	病院名	受診科		主治医	
		滝川市立病院	内科		○×医師	
		”	整形外科		△□医師	
	身体状況等	ADLは概ね自立しているが、室内は手すりや家具を伝いながら移動し、屋外は杖や歩行器を使用している。右肩の痛みが強く、肩の高さまで腕を上げることが難しい。認知機能の低下は無い様子ではあるが肩の可動域に制限がある。				
Ⅴ 社 会 的 活 動 状 況	対人関係 外出状況 生活習慣等	あまり外出せず、娘が買い物にいたり、一緒に出かけている。夏期は庭仕事をしていることも多い。 土曜日のみデイサービスを利用されている				
Ⅵ 住 環 境	屋外の環境等					
Ⅶ 特 記 事 項	○本人及び家族の介護予防サービスの利用意向、介護予防プラン作成の必要性の有無等 ○その他担当者所感等					
	娘が週に1度市外から来て家事を行ったり、買い物等を手伝っているが勤務の都合もあり継続的な見守りは出来ていない。 本人が今の家で生活することを希望しているが、膝の痛みにより長時間の立体保持が難しく、家具や手すりを伝った移動のため転倒リスクもあることから継続的な見守りをする必要がある。 上記より、当該サービスの利用が適当である。					
対象訪問者の日程		対象者の訪問に不都合な日時等を記入				

細かい情報の記載をお願いします