

訪問介護における院内介助が必要な場合の確認シート

事業所名: _____

介護支援専門員: _____

作成日: _____年 _____月 _____日

利用者氏名		年齢:		性別:		介護度	
利用者の心身の状況							
障害高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
		自立	見守り	一部介助	全介助	介助内容について記載	
ADL	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ	
IADL	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	各種手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知・精神機能面の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他())						
視力・聴力障害							
必要と考えられる具体的な院内介助の内容							
<input type="checkbox"/> 院内の移動 <input type="checkbox"/> 受付・支払い・次回予約等の手続き <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:							
家族状況(通院付き添いが出来ない理由)							
T		<input type="checkbox"/> 家族がいない <input type="checkbox"/> 遠方に住んでいる <input type="checkbox"/> 仕事を休めない <input type="checkbox"/> 障害・疾病等 <input type="checkbox"/> 本人との関係性 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:					
受診する医療機関への確認							
	確認日時	医療機関	診療科	確認先(担当者)	確認内容	対応の可否	
①	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
②	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
③	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	