

ご本人の基本情報フェイスシート【事前アセスメント】

ご本人のことで、本人が把握なさっていない内容について、ご家族と一緒にお話を伺ってください。

すでに、わかっている情報は質問せずにご記入いただいて結構です。

☐趣旨を説明し同意を得てから実施してください（場合によっては同意書を準備する）

本人お名前		一緒に参加された方のお名前と続柄		
				記入者氏名
記入日（西暦）	年 月 日	参加回数	回目	記入者所属
1 年齢	2 性別	3 同居者の有・無		
歳	男 ・ 女	1. 同居者あり 2. 同居者なし		
4 一緒にご参加された方とのご関係（1つに○）				
1. 妻 2. 夫 3. 実父 4. 実母 5. 義父 6. 義母 7. 祖父 8. 祖母 9. きょうだい 10. 娘 11. 息子 12. その他（ ）				
5 世帯構成について（1つに○）				
1. 単身世帯 2. 夫婦のみの世帯 3. 夫婦と未婚の子のみの世帯 4. ひとり親と未婚の子のみの世帯 5. 三世代同居 6. その他の世帯（具体的に ）				
6 要介護度をについて（1つに○）				
1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. なし 9. 不明 いつ頃の認定ですか（ 年 月ごろ）				
7 認知症の診断名 （1つに○）	1. アルツハイマー型認知症 2. 脳血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. 混合型の認知症 6. わからない 7. その他			
8 認知症の診断時期	(西暦) 年 月 ごろ			
9 認知機能評価の得点（どちらかで結構です）		HDS-R 得点 _____ 点 （ 年 月ごろ） MMSE 得点 _____ 点 （ 年 月ごろ）		
10 認知症以外の疾患の有無	1. あり 2. なし			
詳細（主たる疾患名）詳細は必要ありません。				
11 ADL の状況				
食事	1. 全面的に手助けが必要 2. 一部手助けが必要 3. 完全に一人でできる			
トイレ	1. 全面的に手助けが必要 2. 一部手助けが必要 3. 完全に一人でできる			
お風呂	1. 全面的に手助けが必要 2. 一部手助けが必要 3. 完全に一人でできる			
歩行	1. 全面的に手助けが必要 2. 一部手助けが必要 3. 完全に一人でできる			
12 日常生活自立度		13 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準		
14 介護保険サービスの利用		1.あり→下記にお答えください 2.なし		

15 利用する介護保険サービスの種類（複数可）	
1 ホームヘルプサービス（訪問介護） 2 訪問入浴介護（移動入浴車等による自宅での入浴サービス） 3 訪問看護（看護師等が訪問し、療養の世話をする） 4 訪問リハビリテーション（理学・作業療法士などの訪問によるリハビリテーション） 5 居宅療養管理指導（医師などが家庭を訪問し療養管理や指導を実施） 6 デイサービス（通所介護）（医療保険含） 7 医療機関・老人保健施設でのデイケア（通所リハビリテーション） 8 ショートステイサービス（短期入所生活介護） 9 小規模多機能居宅介護（看護含）（小規模多機能ホーム） 10 その他（ ）	
16 介護保険サービス以外のサービス（サポート）の利用の有無	1. あり→下から選択 2. なし
1. 認知症の人の当事者同志の集まり 2. 配食サービス 3. 移動サービス 4. 地域の高齢者サロン 5. 見守りサービス 6. その他（具体的に ）	
17 ここ1カ月の外出頻度	平均週に 回数程度
外出先や目的（簡単に）	
18 現役の頃のお仕事（例：教員、大工、野菜栽培、コメ農家等、いくつかある場合は主なもので結構です）	
19 本人の以前からの趣味等	
20 どんな生活をしていきたいか（希望）	
例：畑仕事をいつまでもしたい、運動（具体的に ）をつづけながら健康に暮らしたい等	
21 ここで、これからやってみたい活動、やりたいこと等本人の望みや要望	
22 どのような経緯でプログラムに参加したのか？（複数可）	
1. 医師からの紹介 2. 友人から 3. 運営スタッフから（専門職） 4. 運営スタッフ（ボランティア） 5. それ以外の専門職（具体的に ） 6. その他（具体的に ）	
経緯の詳細	