**登米市外出支援サービス事業アセスメント票**

**記入日　令和 　　年 　月 　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入者** | **氏　名** |  | **利用者との****続　柄** |  |
| **事業所** |  |
| **利用者** | **氏　名** |  | **生年月日** | 年　　月　　日生 |
| **身体等状況** | 視　力： 良 ・ やや良 ・ 不良　　　聴　力　： 良 ・ やや良 ・ 難聴　 |
| 言　語： 良 ・ やや良 ・ 不良　　　意思疎通： 良 ・ やや良 ・ 不良 |
| **日常の生活状　況** | 移　動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| 移動時の使用器具：　無 ・ 有 （　杖 ・ ｼﾙﾊﾞｰｶｰ ・ 車椅子 ・ ｽﾄﾚｯﾁｬｰ ） |

該当するところに**「○」**を

つけてください。

**障がい自立度**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ランク |  |  | **状　態　像** |
| **自立** | 日常生活に支障ない | **自立** | **日常生活に支障ない** |
| **Ｊ** | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する | **Ｊ1** | **交通機関等を利用して外出する** |
| **Ｊ2** | **隣近所へなら外出する** |
| **Ａ** | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない | **Ａ1** | **日中はほとんどベットから離れて生活する** |
| **Ａ2** | **日中も寝たり起きたりの生活をしている** |
| **Ｂ** | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ | **Ｂ1** | **介助なしで車椅子に移乗し、****食事・排泄はベッドから離れて行う** |
| **Ｂ2** | **介助により車椅子に移乗する** |
| **Ｃ** | 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する | **Ｃ1** | **自力で寝返りをうつ** |
| **Ｃ2** | **自力で寝返りもうたない** |

　※このアセスメント票は、ご家族、担当ケアマネジャー、各町域の地域包括支援センターの職員、各総合支所窓口の職員など、どなたでも記入できます。