

※担当の計画相談員や利用している事業所の方と必ず相談してご記入ください。現在利用している事業所が無い場合は基幹・委託相談にご相談ください。
計画相談員の方や事業所の方は、利用者から相談がありましたら、なるべく他の事業所の方と共有していただくようご協力お願いいたします。

『もしも』キャンペーン アセスメントシート

アセスメント事業者 _____

利用者情報

利用者氏名： _____

現在利用中のサービス（支給決定を受けているもの）： _____

性別：男性・女性 _____ 年齢： _____ 歳

世帯：独居・同居者がいる _____ 区分： _____

手帳：身体・精神・療育・その他（ _____ ）

※矢印に沿って、ご記入ください。一番下の☆は記入必須の項目です。

日常的に身の回りのお世話をしてくれる主介護者の方はいますか？

いない

生活する上で困っていることが有れば記載してください。

いる

主介護者が不在になった時に、
緊急対応が必要ですか？

不要

こちらは「不要」と回答した場合のみ記入

どこで、どうやって過ごしますか。

どこで

どうやって

必要

緊急対応がある場合、主介護者
以外で手伝ってくれる人はいますか？

いる

こちらは「いる」と回答した場合のみ記入

誰が、どんなことを手伝ってくれますか？

他に手伝って欲しいことがあれば★へ

いない

★どんな支援が必要ですか？ ①「ショートステイ」 ②「ヘルパー」 ③「ショートステイ」と「ヘルパー」 ④その他 ※ ○をつけてください

※誰が担うのか、サービスの場合は種別・量等の変更の必要性を確認

☆もしもの時をイメージ出来ましたか？ はい・いいえ(理由…)

ご回答いただきありがとうございました。