※担当の計画相談員や利用している事業所の方と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。

いない

**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？**

**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。**

こちらは「不要」と回答した場合のみ記入

こちらは「いる」と回答した場合のみ記入

ご回答いただきありがとうございました。

**☆もしもの時をイメージ出来ましたか？**　はい ・ いいえ（理由…　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**★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

不要

いない

**緊急対応がいる場合、主介護者以外で手伝ってくれる人はいますか？**

必要

**主介護者が不在になった時に、緊急対応が必要ですか？**

**どこで、どうやって過ごしますか。**

どこで

どうやって

いる

いる

**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