通所型サービスC（短期集中型通所介護）訪問時チェックシート

様式２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 　男　・　女 | 生年月日 | 　 　　　年　　　月　　　 日　　　　　　歳 |
| 区分 | 事業対象者　・　要支援１　・　要支援２ |

|  |  |
| --- | --- |
| 困っていること |  |
| 本人の望み |  |
| 社会参加状況 | 家庭内の役割 |  |
| 余暇活動（内容と頻度） |  |
| 社会・地域活動（内容と頻度） |  |
| 今後の社会参加希望 |  |
| 家族の支援 |  |
| 半年後の目標 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住宅環境 | 種類 | ・一戸建て　　・集合住宅　　・※居住階　　　階　　エレベーター（あり・なし） |
| 玄関までの段差 | ・あり　※敷地から玄関までのアプローチ　段差　　　段　　上り框　　　cm・なし |
| 手すり | ・トイレ　　・浴槽　　・廊下　　・階段 |
| 普段過ごす場所 | ・リビング　　・自室　　・１階　　・２階　　・その他 |
| 寝室 | ・布団　　・ベッド　　・その他 |
| 検討事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 転倒歴 | 最近１ヶ月転倒経験　 | ・なし・あり　回数　　　回　　　日付　　　月　　　日　　　　時頃 |
| 転倒場所 | ・玄関　　・リビング　　・廊下　　・トイレ　　・浴室・外出先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 転倒状況 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外出先 | 場所（頻度と手段） |  |