

暫定ケアプランアセスメントシート

氏名 _____ H _____ 年 _____ 月 _____ 日

項目	内 容	備 考
食 事	形態（ ）方法（ ） 介助（あり・なし） 義歯（ ） 好きなもの（ 嫌いなもの（ 薬の飲み方（ 水分の好み（	
排 泄	介助（あり・なし） 失禁（あり・なし） 方法（ ）尿意（あり・なし） 下着の種類（ ）	
入 浴	介助（あり・なし） 好き・嫌い 方法（ ）	
整容更衣	着脱（ 洗顔（ 口腔ケア（	
移 乗	介助（あり・なし） 方法（ 立位（	
移 動	介助（あり・なし） 方法（ 歩行（	
コミュニケーション	難聴（ 言語障害（ 理解力（	
睡 眠	寝る時間（ ）起きる時間（ ） 睡眠障害（あり・なし）	
疼 痛		
転倒の危険性		

課 題 分 析 表

<p>ご本人の希望</p>	<p>不安や苦痛、悲しみ：</p> <p>嬉しいこと、楽しいこと：</p> <p>介護への願いや要望：</p> <p>やりたいことや願い：</p>	
<p>ご家族の希望</p>		
<p>その他</p>		
<p>生活全般の解決 すべき課題や ご本人の想い (ニーズ)</p>		
<p>本人の望ましい 生活像 (長期目標)</p>		
<p>短期目標</p>		
<p>サービス内容</p>		