

‘1～5年後も自分らしく過ごしたい’をかなえるため

あなたの今の思いや生活状況を教えてください

名前 _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	できれば1年後も自分のことは自分でやりたい	はい	いいえ
2	体に自信がついたらもう一度やりたいことや行きたい所がある	はい	いいえ
3	もの忘れて生活に困っている (予定していたことや薬を飲むことなど)	はい	いいえ
4	食事・着替え・排泄はひとりでできる →「いいえ」 どの動作ですか()	はい	いいえ
5	生活に関する行為がしづらい (屋外歩行・買い物・ゴミ出し・掃除・洗濯・調理・入浴など) →「はい」 どの動作ですか()	はい	いいえ
6	基本動作がしづらい(寝返り・起き上がり・立ち上がり・歩行) →「はい」 どの動作ですか()	はい	いいえ
7	買い物・医療機関受診・金融機関などへ外出できる	はい	いいえ
8	困った時に速やかに家族・知人に相談・連絡を入れる ことができる	はい	いいえ
9	家族や近所の人と交流する機会がない	はい	いいえ

2025.4 日進市地域福祉課

担当者記入欄

担当者名() 面談日 / / 認定(事業対象・支1・支2)

<チェックリスト2アセスメント結果>

<ケアプランに基づいた支援内容(インフォーマルサービス含む)>

(従前・A・B・C・一般)