**入院時サポート事業　アセスメントシート**

**このシートは医療機関の相談員等が、本人から聞き取りの上記入してください**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 記入者所属部署 |  | | |
| 記 入 者 |  | 記入者電話 |  |

**（１）本人基本情報　＊は必須。それ以外は可能な範囲でご記入をお願いします。**

↓太枠内は送信時マスキングしてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**＊  **氏　　名**＊ |  | **生年**  **月日**＊ | 年　　月　日 | **年齢**＊ | 歳 | 性別 | 男　女 |
| **住　　所**＊ | 〒  港区 | | | 電話  番号 |  | | |
| **入院病棟**＊ | 病棟　　　　階 | | | | | | |
| **入院日**＊ | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| **今後の予定**＊ | □未定  □退院　　□転院　　□施設入所　　（移動予定日　　　年　　　月　　　日　）  ※転院、施設入所の場合は病院・施設名・所在地 | | | | | | |
| **当事業の利用が**  **必要な理由**＊ | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）に困っているが、  □頼れる親族が身近にいない　□頼れる知人、友人等がいない | | | | | | |
| **生活保護**＊ | □受給有　　　（　　　　地区）　担当ケースワーカー（　　　　　　　　） | | | | | | |
| **現在手元に**  **ある物**＊ | □自宅鍵　　□現金（　　　　　円）　□身分証明書　　　□印鑑  □通帳（　　　　　　銀行）　　□キャッシュカード（　　　　　　銀行）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 障害者手帳 | □手帳無　　□知的障害（　　度）　□精神障害（　　級）　□身体障害（　　級） | | | | | | |
| 福祉関係  支援者 | □ケアマネジャー（　　　　　　　　　　　　　　　）　電話（　　　　　　）  □計画相談員　　（　　　　　　　　　　　　　　　）　電話（　　　　　　）  □その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）　電話（　　　　　　） | | | | | | |
| その他、在宅時の  介護サービス利用状況 | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 住宅の状況 | □一戸建　　　□アパート　　□マンション（※オートロック　有　・　無　） | | | | | | |

**≪裏面あり≫**

**（２）本人の状態について**

①**長谷川式認知症スケール　（**　　）点　実施日（　　　　年　　　月　　　日）　□未実施

**※以下は、相談員等が本人との会話の中で一番近いと感じられるものにチェックを入れてください**

②日常的な行為に関する意思の伝達について

　　□　意思を他者に伝達できる　　□　伝達できない場合がある　　□　ほとんど伝達できない

③コミュニケーション上の注意点

　　□　ほぼ問題はない　　　　□　身体的に配慮を要する　　　□　その他

④短期的な記憶力

　　□　記憶できる　　　　□　記憶していない場合がある　　　　□　ほとんど記憶できない

⑤理解力

* 理解できる　　　　□　理解できない時がある　　　　　　□　ほとんど理解できない

　⑥見当識

　　□　正しく認識できる　　　□　認識できていないところがある　　□　ほとんど認識できていない

**（３）本人の希望**

　①利用意思

* 本人に入院時サポート事業の利用意思がある

　②希望する支援内容

①銀行名　　　　　　　　　　　　　　支店②銀行名　　　　　　　　 　　　　　　支店

　　□　委任状による預貯金の払い戻し、預け入れ　⇒

□　入院費等の支払い支援

□　入院中の必需品の買い物支援

□　入院中に必要な自宅内物品や郵便物のお届け

□　緊急を要する手続き支援

□　安全確保のための自宅保全

□　公共料金等日常的な範囲の支払い支援

本人の意向・特記事項

**（４）個人情報について**

□本人は入院先医療機関と港区社会福祉協議会の、本事業利用にかかわる情報共有に同意している

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

記入後、事前に電話連絡の上、このシートをFAXまたはメールで送信してください。

※個人が特定できる部分をマスキングし、メールの場合はパスワードをかけて下記へお送りください。

≪連絡先≫港区社会福祉協議会　権利擁護推進係　電話　03-6230-0283

**アセスメントシート送信先　FAX０３－６２３０－０２８５　メール**[**seinenkouken@minato-cosw.net**](mailto:seinenkouken@minato-cosw.net)