

避難所(被災)高齢者アセスメント表

避難所		体温	℃	症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 下痢
氏名	様	性別	男・女	生年月日	年 月 日()
住所	番地	連絡先	-	携帯電話	- -
住居の状況	被害なし・半壊・全壊・流失(備考:)				
家族等連絡先 【第1連絡先】	氏名	続柄	連絡先		住所又は所在地
			- -		
家族等連絡先 【第2連絡先】	氏名	続柄	連絡先		住所又は所在地
			- -		
医療情報	【主治医】	【病歴など】		【服薬内容】	
認定情報	未申請・非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 (有効期間: 年 月 日まで) 担当ケアマネ()				
適用	<input type="checkbox"/> 介護保険による短期入所 <input type="checkbox"/> (※)緊急短期保護入所 <input type="checkbox"/> (※)福祉避難所 (※)町村担当者の同意を得た後、事業所へ情報提供。 町村担当者名()				
ADL	寝返り	自立・一部介助・全介助			状態()
	起き上がり	自立・一部介助・全介助			状態()
	移乗	自立・一部介助・全介助			状態()
	更衣	自立・一部介助・全介助			状態()
	食事	自立・一部介助・全介助			状態()
	排泄	自立・一部介助・全介助			状態()
	入浴	自立・一部介助・全介助			状態()
認知 コミュニケーション					
避難生活の 不具合等					
避難前後の 変化					
今後の生活の 場についての 意向	(本人)				
	(家族)				

※避難生活の状況等により、記録時点の状態から大きな変化が生じている可能性があります。

記録者所属・氏名	記録者が考える課題や必要な支援(介護保険サービス・入所・福祉避難所ほか)

※アセスメント表記録後は市町村担当者へ提出する。市町村担当者は、優先順や適用を判断し、施設等へ依頼。必要に応じて、地域包括支援センターへ受け入れ調整等の協力を求める。