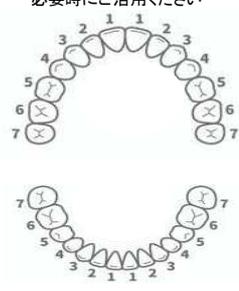


アセスメントシート

2024.4.1改訂

利用者名		調査日	年 月 日
<p>該当箇所にすべて印をつけてください</p>			課題・ニーズ等
運動・移動について	身体状況	痛み	<input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> なし
		関節の動きにくさ	<input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> なし
		(イスからの)立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
	歩行状況	杖・歩行器等の使用について	室内() 屋外()
		転倒傾向	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 転倒(場所) つまづき(場所)
		片足立ち(1秒)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
	移動手段	日用品	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(運転・同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バイク
		病院	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(運転・同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バイク
		移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外まで
		運動習慣	<input type="checkbox"/> あり() 頻度(回/週・月) <input type="checkbox"/> なし
	運動意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
日常生活(家庭生活)について	※1人でできること・該当するもの全てに印を付けてください		
	調理	<input type="checkbox"/> 食材の用意 <input type="checkbox"/> 材料を切る (<input type="checkbox"/> 立位 / <input type="checkbox"/> 座位) <input type="checkbox"/> 調理する <input type="checkbox"/> お皿を運ぶ <input type="checkbox"/> 皿洗い <input type="checkbox"/> 実施していない	
	掃除	<input type="checkbox"/> 道具を運ぶ <input type="checkbox"/> ワイパー <input type="checkbox"/> コロコロ <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> 拭き掃除 <input type="checkbox"/> トイレ掃除 <input type="checkbox"/> 風呂掃除 <input type="checkbox"/> 自動掃除機 <input type="checkbox"/> 実施していない	
	洗濯	<input type="checkbox"/> 洗濯機に投入 <input type="checkbox"/> 洗濯物を運ぶ <input type="checkbox"/> 干す・取り込む (<input type="checkbox"/> 低い竿 / <input type="checkbox"/> 高い竿) <input type="checkbox"/> 畳む <input type="checkbox"/> 片付ける <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 実施していない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 上着の着脱 <input type="checkbox"/> ズボンの着脱 <input type="checkbox"/> 体を洗う <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽へつかる	
	ごみだし	<input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> ゴミ置き場まで運ぶ <input type="checkbox"/> 実施していない	
	買物	<input type="checkbox"/> 店内の移動 <input type="checkbox"/> 支払い <input type="checkbox"/> 荷物を運ぶ <input type="checkbox"/> 商品の整理 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 実施していない	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	1日誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人等 <input type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす	
	外出する頻度(通院以外)	<input type="checkbox"/> 回/週・月 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない	
	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	<input type="checkbox"/> 親族 回/週・月 <input type="checkbox"/> 友人 回/週・月 <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	地域・近隣との交流	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	趣味・楽しみ	<input type="checkbox"/> ある(回/週・月) <input type="checkbox"/> ない	
	他者の話が理解できる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(状況:)	
	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	<input type="checkbox"/> 気にしている <input type="checkbox"/> 気にならなくなった	
	情緒が不安定になることの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 情緒が不安定になることがある	
	一人きりになることへの不安	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 一人になることが不安である	

該当箇所にすべて印をつけてください		課題・ニーズ等	
健康管理について	医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
	定期受診	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない	
	現在の服用薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> 別紙 → ケアマネにて保管 包括提出不要	
	服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲む <input type="checkbox"/> 支援があれば飲む <input type="checkbox"/> できない	
	たばこ	<input type="checkbox"/> 現在吸っていない <input type="checkbox"/> 現在吸っている(本/日)	
	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある(睡眠薬服用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	
	排泄	排尿 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 排便 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり	
	視覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 補助具(眼鏡・その他)	
	聴覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(右・左) <input type="checkbox"/> 補助具(<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 集音器 <input type="checkbox"/> その他)	
	皮膚疾患・褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 衛生状態・部位等()	
物忘れ等について	会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい	
	火の始末への心配	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 預貯金管理(<input type="checkbox"/> ATM/ <input type="checkbox"/> 窓口) <input type="checkbox"/> 支払行為 <input type="checkbox"/> 家計の管理 <input type="checkbox"/> お小遣いの管理	
		<input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 難しい	
契約行為・公的手続き・意思決定について	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な支援があれば出来る <input type="checkbox"/> 難しい		
食事について	食事頻度(食/日) リズム(<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則) 食べる楽しみ(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	献立 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 総菜 <input type="checkbox"/> 配食のお弁当 <input type="checkbox"/> ヘルパー		
	よく食べるもの:朝 昼 晩		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
	水分摂取 回/日 水分制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(CC/日) アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(回/週)		
	<input type="checkbox"/> 食事が少ない・食事が減少している <input type="checkbox"/> 食事内容に偏りがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅くなった		
	<input type="checkbox"/> 食べこぼす <input type="checkbox"/> のどがゴロゴロなる <input type="checkbox"/> 口の中やのどの奥に食べ物が残る <input type="checkbox"/> のどに詰めたことがある		
	<input type="checkbox"/> 薬が飲みにくい <input type="checkbox"/> 食べ物や胃液が逆流する <input type="checkbox"/> 半年前に比べて食べにくくなったものがある()		
	今まで医療機関で栄養相談を受けた経験(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある)		
	食事や栄養のことで気になることがある()		
歯と口腔について	全般	<input type="checkbox"/> すべて自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 (口上前歯口下前歯口上奥歯口下奥歯) <input type="checkbox"/> 総義歯(口上・口下) <input type="checkbox"/> 自歯も義歯もなし <input type="checkbox"/> 義歯はあるが使っていない <input type="checkbox"/> 欠損あり	<p>必要時にご活用ください</p> 
	自歯・歯茎の状態	<input type="checkbox"/> 痛い・しみる <input type="checkbox"/> 穴があいている・黒くなっている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 特になし	
	義歯の状態	<input type="checkbox"/> 義歯を入ると痛い <input type="checkbox"/> 義歯が外れやすい <input type="checkbox"/> 該当なし	
	口腔の状態について	<input type="checkbox"/> 舌に汚れがある <input type="checkbox"/> 多量の歯垢がついている <input type="checkbox"/> 唇・口角・口の中が乾燥している <input type="checkbox"/> 噛み合わすことができない <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 特になし	
	清掃	回/日 手段(<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 洗口液 <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤)	
	定期受診	<input type="checkbox"/> している(回/年) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> していない	
	その他	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の診断をうけたことがある <input type="checkbox"/> 咳や痰が多い <input type="checkbox"/> 活舌が悪い	
		<input type="checkbox"/> 声量が小さい <input type="checkbox"/> 飲み込みや口腔、歯のことで気になることがある()	