

アセスメントシート

2024.4.1改訂

利用者名

羽曳野 花子

ほぼ印だけでアセスメントできるようになっています。

6年 4月 1日

該当箇所にすべて印をつけてください

課題・ニーズ等

運動・移動について	身体状況	痛み	<input checked="" type="checkbox"/> あり(部位 腰・膝・右肩) <input type="checkbox"/> なし	(例)安静時・運動時の時の痛みなど 安静時 腰痛 運動時 膝・肩に痛み有 右肩関節動きにくく、洗濯物を干すのが困難
		関節の動きにくさ	<input checked="" type="checkbox"/> あり(部位 右肩) <input type="checkbox"/> なし	
		(イスからの)立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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(手すり) 屋外(杖)	
		転倒傾向	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 転倒(場所 道路) つまづき(場所 絨毯のはし)	
		片足立ち(1秒)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 車(口運転 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 車(口運転 <input checked="" type="checkbox"/> 同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バイク	
		移動範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外まで	
		運動習慣	<input checked="" type="checkbox"/> あり(散歩) 頻度(1回/ <input checked="" type="checkbox"/> 週・月) <input type="checkbox"/> なし	
	運動意欲	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

誰が送迎してくれているのかは備考へ

運転は長女

自分では徒歩範囲内でしか移動していない
散歩 家の周りを5分~10分

※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

日常生活(家庭生活)について	調理	<input checked="" type="checkbox"/> 食材の用意 <input checked="" type="checkbox"/> 材料を切る (<input type="checkbox"/> 立位 / <input checked="" type="checkbox"/> 座位) <input checked="" type="checkbox"/> 調理する	印がついていない項目ができるように、目標設定してみてください。 例)トイレ掃除できるようになる。 近くのスーパーに自分で花を買いに行ける。 腰痛時は座って切ることもある 重い掃除機なので腰痛が出たかがお動作が痛くてできない 肩が痛いので、自宅の中で低い位置に干す 洗髪は左手 ゴミは近所の人が出してくれる。 重い荷物は宅配を利用 買物に行くと娘が荷物を持つ
		<input checked="" type="checkbox"/> お皿を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 皿洗い <input type="checkbox"/> 実施していない	
	掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 道具を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> ワイパー <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 洗濯機に投入 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 干す・取り込む (<input checked="" type="checkbox"/> 低い竿 / <input type="checkbox"/> 高い竿) <input checked="" type="checkbox"/> 畳む <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 上着の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> ズボンの着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 体を洗う <input checked="" type="checkbox"/> 洗髪 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 実施していない	
買物	<input checked="" type="checkbox"/> 店内の移動 <input checked="" type="checkbox"/> 支払い <input type="checkbox"/> 荷物を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 商品の整理 <input checked="" type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 実施していない		

経験なし・家族実施の場合は「実施していない」でOK

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 checked="" type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす	買物・散歩 習い事は友人が迎えにきてくれる。 月2回編み物教室があるが、友人と一緒に最近休みがち お花をいじるのは好きだったが、最近はしていない。
	外出する頻度(通院以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 1~2回/週 <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 checked="" type="checkbox"/> 親戚 1回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 友人 2回/月 <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	地域・近隣との交流	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	趣味・楽しみ	<input checked="" type="checkbox"/> ある(編み物教室 2回/月) <input type="checkbox"/> ない	
	他者の話が理解できる	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一人になることが不安である	

該当箇所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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<p>膝の痛みが強い時は休むように言われているが、痛みがない時は散歩をすすめられている。</p> <p>包括への提出は不要ですが、健康管理のため、ケアマネジャーにて保管してください。</p> <p>たばこは10年前やめた 夜間排尿で1～2回起きる</p>
	定期受診 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> 別紙→ケアマネにて保管	
	服薬管理の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 支援があれば飲める <input type="checkbox"/> できない	
	たばこ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 眠れないことがある(睡眠薬服用 有)	
	排泄 排尿 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 排便 <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり	
	視覚 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 補助具(<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・ <input type="checkbox"/> 集音器・その他)	
皮膚疾患・褥瘡 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<p>会話は問題ない。 時々何を探していたのかわからなくなることがある 新しい電子機器は迷う。</p> <p>何度かやかんの火を消し忘れた。</p>
	物忘れが気になる <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	
	電気機器類の操作 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり	
	金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金管理(<input checked="" type="checkbox"/> ATM/ <input checked="" type="checkbox"/> 窓口) <input checked="" type="checkbox"/> 支払行為 <input checked="" type="checkbox"/> 家計の管理 <input checked="" 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 checked="" 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(2食/日) リズム(<input checked="" type="checkbox"/> 規則正しい・ <input type="checkbox"/> 不規則) 食べる楽しみ(<input checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)	<p>昔から太りたくないので2食が習慣になっている</p> <p>ビールコップ1杯程度</p>
	献立 <input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input checked="" 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 なし 昼 パン・コーヒー・フルーツ・ヨーグルト 晩 肉・魚・野菜中心のおかず	
	アレルギー- <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(そば)	
	水分摂取 5-6回/日 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(CC/日) アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input checked="" type="checkbox"/> 飲む(6回/週)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事が少ない・食事が減少している <input checked="" 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"/> のどがゴロゴロする <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 checked="" 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(ビールを飲むので、あまり白いごはんを食べる習慣がない)		
歯と口腔について	全般 <input type="checkbox"/> すべて自歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 上奥歯 <input checked="" type="checkbox"/> 下奥歯) <input checked="" type="checkbox"/> 総義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input checked="" type="checkbox"/> 下)	<p>必要時にご活用ください</p> <p>部分義歯</p> <p>奥歯 腫れている</p> <p>下総義歯 かかりつけ医/〇〇歯科 痛みがあるので近日中に受診予定</p>
	<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	
	自歯・歯茎の状態 <input checked="" 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 checked="" 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"/> 義歯を入れると痛い <input type="checkbox"/> 義歯が外れやすい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 唇・口角・口の中が乾燥している	
	<input type="checkbox"/> 噛み合わせができない <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 特になし	
	清掃 2回/日 手段(<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 義歯洗浄剤)	
定期受診 <input checked="" type="checkbox"/> している(2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 checked="" 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()		