

アセスメントシート

作成年月日 年 月 日
作成者

利用者名	様	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年 月 日生	要介護度			
寝たきり度		認知症度	歳				
住所							
変更理由	新規開始アセスメント						
サービス利用	利用曜日						
	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
サービス利用	他利用サービス						
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 福祉用具
利用目的							
緊急連絡先	氏名	電話番号	続柄				
	氏名 2	電話番号 2	続柄 2				
医療情報 (1)	かかりつけ病院名						
	主治医師名						
	住所						
	TEL						
	緊急時の希望搬送先						
	既往歴						
	治療中の病気						
	服薬中の薬 ※疾患名・発症時期・現在の処置や後遺症など						
医療情報 (2)	延命措置に関する意思						
	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません					
	医療処置						
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
	感染症						
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
	アレルギー						
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
手足・関節の麻痺拘縮							
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
皮膚疾患							
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
備考 (医療情報)							

アセスメントシート

作成年月日 平成31年 2月20日
作成者 窪田 和樹

計画期間 平成30年 2月 1日～平成32年 1月 3日

生活状況	家族状況			
	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 家族と同居		
	自宅での生活状況			
	<input type="checkbox"/> 活動的	<input type="checkbox"/> 座位が多い		
	送迎（乗降方法）			
	<input type="checkbox"/> ステップ	<input type="checkbox"/> リフト		
	送迎（駐車場所）			
	<input type="checkbox"/> 自宅前	<input type="checkbox"/> ポイント		
	送迎（ヘルパー利用）			
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（朝）	<input type="checkbox"/> 有（夕）	
送迎サービス				
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
入浴希望				
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
機能訓練				
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			

備考 (生活状況)	
--------------	--

ADL	移動				
	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
	立位				
	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	立ち上がり				
	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移乗				
	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	座位				
	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 背凭れがあれば可	<input type="checkbox"/> クッション等を使用	<input type="checkbox"/> 不可	
	視力				
	<input type="checkbox"/> 問題なく見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 殆ど見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡無	<input type="checkbox"/> 眼鏡有
	聴力				
	<input type="checkbox"/> 問題なく聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない		
	聴力(補聴器)				
	<input type="checkbox"/> 補聴器無	<input type="checkbox"/> 補聴器有(右)	<input type="checkbox"/> 補聴器有(左)		
	意思疎通				
	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや支障あり	<input type="checkbox"/> 困難		
	意思疎通(言語)				
	<input type="checkbox"/> 明瞭	<input type="checkbox"/> やや不明瞭	<input type="checkbox"/> 不明瞭		
	機能訓練				
	<input type="checkbox"/> 加算無	<input type="checkbox"/> 加算有(運動器)	<input type="checkbox"/> 加算有(個別Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 加算有(個別Ⅱ)	
	摂食状況(食事)				
	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	食事形態(主食)(食事)				
	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟ごはん	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ムース食
	食事形態(副食)(食事)				
	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 粗刻み	<input type="checkbox"/> 極刻み	<input type="checkbox"/> やわらか食
	食事形態(副食)(食事)				
	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ムース食			
使用用具(食事)					

アセスメントシート

計画期間 平成30年 2月 1日～平成32年 1月 3日

作成年月日 平成31年 2月20日

作成者 窪田 和樹

<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 吸いのみ	<input type="checkbox"/> エプロン
使用用具（食事）				
<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> 介護食器（副食）	<input type="checkbox"/> その他		
水分（制限）（食事）				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
水分（トロミ使用）（食事）				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
禁食（食事）				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
口腔状態（義歯）（食事）				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 総義歯（上）	<input type="checkbox"/> 総義歯（下）	<input type="checkbox"/> 部分（上）	<input type="checkbox"/> 部分（下）
口腔状態（口腔ケア）（食事）				
<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
口腔状態（口腔ケア・方法）（食事）				
<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用	<input type="checkbox"/> うがいのみ	<input type="checkbox"/> 口腔清拭		
排泄感覚（排泄）				
<input type="checkbox"/> 尿意あり	<input type="checkbox"/> 尿意なし	<input type="checkbox"/> 便意あり	<input type="checkbox"/> 便意なし	
トイレまでの移動（排泄）				
<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
陰部清拭～流水（排泄）				
<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
着衣上げ下げ（排泄）				
<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
使用下着（排泄）				
<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> テープ式	
浴室までの移動（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
服の着脱（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
洗身・洗髪（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴方法（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 寝台浴		
入浴利用日（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
入浴利用日（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 土				
入浴後の処置（入浴・整容）				
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			

備考 (ADL)	
-------------	--

精神状態等	周辺症状等				
	<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 感情不安定	<input type="checkbox"/> うつ状態	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> 大声
	周辺症状等				
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 収集癖
	周辺症状等				
<input type="checkbox"/> 独語	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻覚	
周辺症状等					
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 依存的	<input type="checkbox"/> 物盗られ妄想	

アセスメントシート

計画期間 平成30年 2月 1日～平成32年 1月 3日

作成年月日 平成31年 2月20日

作成者 窪田 和樹

	周辺症状等				
	<input type="checkbox"/> 記憶障害				
	認知症				
	<input type="checkbox"/> 認知症 無	<input type="checkbox"/> 認知症 有			
備考 (精神状態)					
その他	性格(自分)				
	性格(他)				
	趣味・好きなこと・特技				
	苦手な事				
	HP・新聞への写真掲載				
	備考				