

【アセスメント表】

奉優会 デレーム宮前ふれあいの家

	記入者名	実施場所	アセスメント理由
回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 他：	<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 他：
	参加者：		
回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 他：	<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 他：
	参加者：		

利用者情報	利用者名	ふりがな	様 (男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
				TEL				
				住所				
緊急連絡先	主介護者	ふりがな	様	続柄				
				TEL				
介護保険	被保険者番号	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		交付日	H	年	月	日
	有効期間	H	年 /	~	H	年 /	認定日	H 年 月 日
事業所	事業所名			住所				
	担当ケアマネジャー			TEL	FAX			
	備考							

医療情報	主治医	病院名	(科)	TEL
		医師名		住所
		緊急時の希望搬送先		
	既往歴	※疾患名・発症時期・現在の処置や後遺症など		
現病歴	【治療中の病気】	【内服中の薬】※服薬数含む		
		・朝	・就寝前	
		・昼	・その他 (目薬等)	
		・夜		
	医療処置 (無・有)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルソタール <input type="checkbox"/> 経管栄養中(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門増設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	感染症 (無・有)	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他：		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：		
	備考			

身体状況	■身長	cm	■体重	kg	■体温	℃	■血圧	/	mmHg	■脈拍	拍/分
	手足の麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)									
	関節の拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)									
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：) (処置 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要：									
	その他皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：) (処置 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要：									
	備考										

サービス利用状況	デイホーム宮前	利用日変更 <input type="checkbox"/> 無 (月・火・水・木・金・土・日) <input type="checkbox"/> 有 (→)	■利用理由・目的など	
		機能訓練変更 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 (→)		
		入浴サービス 不要・要 (一般浴・シャワー浴・他)		
		食事サービス 不要・要 (嗜好： アルギ -：)		
		送迎サービス 不要・要 (往復・往路・復路) ※不要の場合の手段：		
		リハビリ 不要・要 (運動器 ・ 個別Ⅰ ・ 個別Ⅱ)		
他サービス	訪問	<input type="checkbox"/> 介護： <input type="checkbox"/> 看護： <input type="checkbox"/> 診療：		
		<input type="checkbox"/> リハ： <input type="checkbox"/> 入浴：		
	通所	<input type="checkbox"/> 介護： <input type="checkbox"/> リハ：		
	ショートステイ	<input type="checkbox"/>		
	福祉用具	<input type="checkbox"/> (貸付/)		
生活状況	家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 同居 (家族名と続柄：)		
	日中の活動	<input type="checkbox"/> 臥位が多い <input type="checkbox"/> 座位が多い <input type="checkbox"/> よく動く (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 補助具：)		
	外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回 (以上・未滿) ※主な外出先 (同伴者等も)：		
	社会活動の参加	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：		
住居環境	□一戸建 (階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) <input type="checkbox"/> エレベーター (無・有) <input type="checkbox"/> 自室 (無・有： 階)			
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ウォシュレット <input type="checkbox"/> 手摺 (無・有) <input type="checkbox"/> 段差 (無・有：)		
	浴室	<input type="checkbox"/> 利用 (無・有) <input type="checkbox"/> 手摺 (無・有) <input type="checkbox"/> 段差 (無・有：) <input type="checkbox"/> 浴槽の高さ (cm)		
	就寝	<input type="checkbox"/> 床 (布団) <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> リクライニングベッド <input type="checkbox"/> 手摺 (無・有)		
	送迎環境	駐車場の確保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※指定場所等：	
		利用者居室～玄関ドア	階段昇降 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段位) 手段： <input type="checkbox"/> 歩行 () <input type="checkbox"/> 車椅子	
玄関ドア～送迎車		距離：約 m 手段： <input type="checkbox"/> 歩行 () <input type="checkbox"/> 車椅子		
	送迎対応方法			

ADL・その他

※備考欄には、気付きや介入時の注意点、ご本人・家族の意向などを記入

食事	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 特別食：				■食事介助の方法など
	配膳： <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 下膳： <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可				
	形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 全粥食 (分粥) <input type="checkbox"/> おにぎり			
		【副食】 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 魚ほぐし <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 軟菜刻み <input type="checkbox"/> 軟菜一口大 <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()			
	用具	<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 <input type="checkbox"/> 自具 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	時間帯	朝食 時頃	食事量	主食 割	
	昼食 時頃	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： ※通所時制限：無・有：		
	夕食 時頃	【治療食】無・有：		【禁止食】無・有：	
口腔状態	【咀嚼・嚥下状態】 ※誤嚥の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		【義歯】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※状態：		■口腔清掃介助の方法など
	【歯磨き】 <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 不可				
排泄	尿意 (無・有) 便意 (無・有) 失禁 (無・有) 下剤 (無・有：)				■トイレ介助の方法など
	排尿回数： 回位/日		排便頻度： 回位/日		
	排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他：				
	トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 車椅子				
	着衣の上げ下げ <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可				
	座位保持 <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可				
陰部の清拭～流水 <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可					

入浴・整容	浴室までの移動	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 車椅子	■入浴時の介助方法など
	服の着脱	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・付添い必要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	皮膚状態に問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> その他	
移動	自宅内	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・寄添い必要 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 不可 【手段】 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖(T字・U字・4点) <input type="checkbox"/> 歩行器() <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()	
	外出時	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り・寄添い必要 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 不可 【手段】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖(T字・U字・4点) <input type="checkbox"/> 歩行器() <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()	
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	立位	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	※保持： 分位可
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	乗降車(座席まで)	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 車椅子・ストレッチャー	
	座位	<input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 背当て肘当て必要 【使用物品】座布団・クッション・滑止めシート・他：	※保持： 分位可
コミュニケーション	視力	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	聴力	日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(左・右)	
	言語	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 発語不可 ※失語症(無・有)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 殆どできない	
精神状態等	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(アルツハイマー型・脳血管性)	
	問題行動等	<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 <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 <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 <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"/> 物取られ妄想 <input type="checkbox"/> 他：	
IADL	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可	■具体的な活動状況・問題点など
	掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可 ※何を？	
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可	
	買物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可 ※移動手段： ※自宅からの距離：	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可	
	薬の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可	
	電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可 ※自宅・携帯	
	交通機関	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 能力有り <input type="checkbox"/> 不可 ※どこへ？	
その他	性格	●自分では…、 ●家族()から見て…、	
	趣味・特技		
	嗜好品		
	好きな事		
	嫌いな事		
備考			