

アセスメントシート

利用者氏名:

様

作成日: R 年 月 日 記入者:

領域	視点	アセスメント項目	
A 運動・移動 について	自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。	運動機能(支えの必要性)	立ち上がり時: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / 片足立ち時: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況(歩行レベル)	室内: _____ 屋外: _____
		転倒傾向	転倒: _____ つまずき: _____
		移動範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで <input type="checkbox"/> その他:
		移動手段	<input checked="" 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"/> 車を運転 <input type="checkbox"/> 車に同乗 <input type="checkbox"/> 徒歩
B 日常生活・家庭生活 について	家事(買物・調理・掃除・ごみ捨て等)や、住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。	買物	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> その他:
		献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他:
		調理	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ	<input checked="" type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない(理由: _____)
		洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input checked="" type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心	<input checked="" type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい(何が: _____)
		火の始末	<input checked="" type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れなどの経験がある
		電話の利用	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由: _____)
		金銭管理(家計の管理)	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由: _____)
		役所や金融機関等の手続き	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
		悪質商法への注意	<input checked="" type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある
		情報への関心	<input checked="" type="checkbox"/> 新聞 <input checked="" type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない
C 社会参加 ・対人関係	状況に見合った社会的に適切な方法で人々と交流しているか、また家族・近隣の人の人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。	社会参加	<input checked="" type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみがある(_____) <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動をしている <input type="checkbox"/> 特に無い
		外出頻度	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		外出目的	<input checked="" type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input checked="" type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動への参加 <input type="checkbox"/> その他(_____)
		対人関係	家族との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____ 近隣との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____ 友人・知人との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____
		コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
D 健康管理 について	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から、必要と思われる場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)	受診の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない
		服薬管理の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り服用できる <input type="checkbox"/> 他者の指示が必要 <input type="checkbox"/> できない
		検診の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 健康診断を受けていない
		口腔機能の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 痛みがある (<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 口の渇き <input checked="" type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる
		歯の手入れ(義歯含む)	頻度(_____ 回/日・週・月) 方法: _____
		食生活・栄養状況	回数(_____ 回/日) 状況 <input type="checkbox"/> バランスに気を付けている <input type="checkbox"/> 偏っている <input checked="" type="checkbox"/> 食事が減っている <input checked="" type="checkbox"/> あまり関心がない
		水分摂取の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 気を付けている (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 特に気を付けていない
		飲酒・喫煙の状況	飲酒頻度(_____ 回/日・週) 飲酒量(_____ /回) 喫煙量(_____ 本/日・週)
		適度な運動	<input checked="" type="checkbox"/> している (_____) <input checked="" type="checkbox"/> していない(理由: _____)
		適度な休養	<input checked="" type="checkbox"/> 心がけている <input checked="" type="checkbox"/> つい無理をしてしまう
		排泄の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・失禁がある (気がかりなこと: _____)
		入浴の状況	頻度(_____ 回/日・週) 方法 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭など
		生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 保たれている (起床: _____ 5時 / 就寝: _____ 22時) <input type="checkbox"/> あまり保たれていない
		物忘れの状況	物忘れ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 本人の認識 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		E その他	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。
経済状況	収入: _____ 円 主な用途: _____ 心配なこと: _____		
家族の状況			
家族の介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる <input checked="" type="checkbox"/> 期待できない(理由: _____)		
虐待の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 要注意(理由: _____)		
精神的な不安・意欲低下	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 見られる(理由: _____)		
見守りの状況	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣住人 <input checked="" type="checkbox"/> IT機器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
緊急時のSOS発信	<input checked="" type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input checked="" type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい		
価値観	大切にしたいこと: _____ 嫌なこと: _____		
本人の主訴や意向			
家族の主訴や意向			
これからの生活についての希望			
現在利用しているサービスなど			
全体的な印象			