

呉市版 介護予防アセスメントシート

実施日：令和 年 月 日

利用者の状態把握にあたっては、「できている・頑張っている」というプラスの部分の把握も重要です。プラスの部分把握し、具体的な生活の目標を掲げることで、生活の意欲を高めることができるため、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけでなく、プラス部分の把握も積極的に行ってください。

利用者氏名		事業所名		担当者	
-------	--	------	--	-----	--

本人の思い（どんな事に困っていて、どのような生活を望んでいますか。）	家族の思い（サービスに対する意向はありますか。本人にどのような生活を望んでいますか。）
------------------------------------	---

現状（今、どんな事を頑張って生活していますか。）	介護力（支援の状況）
--------------------------	------------

健康 管 理 に つ い て	平常時の血圧 BP / mmHg	服薬 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> なし
	痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *部位等を下記に記入	しびれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *部位等を下記に記入
	部位・程度・対処	できない・困っていること
	運動について、医師から制限をされていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	トイレに行くのが間に合わなくて、失敗することがありますか <input type="checkbox"/> はい (パット・失禁パンツ 使用) <input type="checkbox"/> いいえ ()
	運動以外で医師から注意を受けていることがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	排尿：日中 回，夜間 回 利尿剤服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	視力低下 <input type="checkbox"/> あり(眼鏡の使用：あり・なし) <input type="checkbox"/> なし	排便：日に 回，下剤服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	難聴 <input type="checkbox"/> あり(補聴器の使用：あり・なし) <input type="checkbox"/> なし	肉類、卵、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	皮膚のトラブル <input type="checkbox"/> あり(褥瘡・湿疹・その他) <input type="checkbox"/> なし 内服・塗布薬 ()	
	飲酒 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(何を: cc)	アレルギー体質ですか (食品・薬等)
喫煙 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1日 本, 期間 年間)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →	
睡眠について：眠れていますか <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 眠剤を服用している <input type="checkbox"/> 不眠	一日にとる水分について(アルコール類は含まない) 総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 <input type="checkbox"/> 500~1000cc <input type="checkbox"/> 1000cc以上	
歯磨きや義歯の洗浄を1日に1回以上していますか <input type="checkbox"/> はい(1日 回) <input type="checkbox"/> いいえ(週 回)	内訳 <input type="checkbox"/> 茶 cc <input type="checkbox"/> 水 cc <input type="checkbox"/> 汁物 cc <input type="checkbox"/> コーヒー cc <input type="checkbox"/> その他() cc	

問題のある項目にチェックをし、その理由を記入してください

運動・移動について	項目：理由	項目：理由
	<input type="checkbox"/> 膝の曲げ伸ばし:	<input type="checkbox"/> 寝返り・起き上がり:
	<input type="checkbox"/> 足を動かす:	(現在 布団・ベッド・その他()を使用)
	<input type="checkbox"/> 立位保持:	<input type="checkbox"/> 座位を保つ:
	<input type="checkbox"/> 片足立ち:	<input type="checkbox"/> 立ち上がる:
	<input type="checkbox"/> 肘の曲げ伸ばし:	<input type="checkbox"/> 移動・移乗:
	<input type="checkbox"/> 腕を動かす:	
	<input type="checkbox"/> 屋内歩行: (手すり・杖・歩行器・シルバーカーが必要等)	<input type="checkbox"/> 屋外で15分続けて歩く: (杖・歩行器・シルバーカーが必要等)
	<input type="checkbox"/> 食事の摂取:	<input type="checkbox"/> 段差を越える(階段昇降):
	<input type="checkbox"/> 着替え:	<input type="checkbox"/> 一人で洗身:
<input type="checkbox"/> 爪切り:	<input type="checkbox"/> 一人で浴槽をまたぐ:	

			特記事項	
日常生活 (家庭生活)	炊事	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 食事の準備 <input type="checkbox"/> あたため(電子レンジ) <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> ガス(IH)調理器使用) <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	掃除	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	洗濯 (衣類)	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す(家中・家の外) <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> しまう <input type="checkbox"/> 衣替え	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	ごみだし	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> ごみステーションまで運ぶ(一部・全部)	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	買い物	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 買う物を決める <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を使う <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 注文配達 <input type="checkbox"/> 在庫管理	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> 銀行にいく/出入金 <input type="checkbox"/> 小遣い程度のみ管理	
		<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()	
	通院	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 病院へ行く <input type="checkbox"/> 院内は自分で行動できる <input type="checkbox"/> 医師に病状を伝える <input type="checkbox"/> 説明を理解する <input type="checkbox"/> 治療・検査を受ける <input type="checkbox"/> 薬局で薬を受け取る	
		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 主病なし <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他()	
薬の管理	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 自己管理(一包) <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 声かけ(有) <input type="checkbox"/> 拒否		
	<input type="checkbox"/> していない	支援者: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()		
一人で外出	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 徒歩(杖, 歩行器, シルバーカー) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス(最寄のバス停) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 家族と一緒に外出【誰と: 方法: 徒歩・車・その他()		
交流	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> 挨拶をする <input type="checkbox"/> 世間話をする <input type="checkbox"/> 電話をする <input type="checkbox"/> 友人宅を訪れる <input type="checkbox"/> 人を家に招く <input type="checkbox"/> 心配事困りごとの相談をする <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 気分が沈む <input type="checkbox"/> 人づきあいが苦手 <input type="checkbox"/> その他()		
社会参加等	現在地域で参加しているものはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	また, 以前参加していたものはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	元気がになったら, 再開したいこと, やってみたいことなどはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	ご自身に何かしら役割がありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	困ったときに助けてくれる人はいますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	自宅周囲の環境で不自由なところがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
認知機能	物忘れが気になりますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	物の置き忘れが増えていると感じることはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	新しいこと(人や物の名前など)が覚えにくいですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	会話がまとまらないことがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
その他の	今後, ご自身はどのようになりたいですか		<input type="checkbox"/> 今より元気になりたい <input type="checkbox"/> 今を維持したい <input type="checkbox"/> わからない	
	ご自身のためにしていることや, 心がけていることはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
	何もする気が起こらない(したくない)ことがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他)	
	些細なことで落ち込む(泣きたくなる)ことがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(どんな時?)	
他	興味・関心チェックシートでしてみたいに○があるもの			
特記事項(虐待・ターミナルケア・問題行動等)				