

利用者氏名		(男・女)		生年月日		年 月 日 (歳)		
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)				
1 健康状態			通院治療をしていますか (定期・不定期等) 回 / 何?					
身体 状 況	部位、症状(痛み・しびれ・麻痺・欠損)			程度・場面・対処・できない・困っていることを詳しく記入				
	平常時の血圧	/ mmHg <input type="checkbox"/> 不明		利き手(右・左)	皮膚のトラブル(有無)			
	平常時の体温	°C	視力低下(有無・程度)			難聴(有無・程度)		
	運動制限等、医師の指示はありますか(有・無・程度)							
栄 養	朝食(頻度・内容)		食形態(普通・軟・刻み)		食事の特記事項(配食利用や問題点等)			
	昼食(頻度・内容)		食事療法の指示(有無・程度)					
	夕食(頻度・内容)							
	間食(頻度・内容)							
	肉・魚・卵・大豆製品を食べていますか(頻度)			牛乳・乳製品を食べますか(頻度・量・内容)				
	野菜を食べていますか(頻度・量・内容)			アレルギー体質ですか(有無)		何の		
	1日にとる水分量(総摂取量 cc)		内訳 水・お茶 cc,		汁物 cc,		その他 () cc	
口 腔	歯の状況(自歯・総義歯・部分・部位)			不具合(有無):		口腔の特記事項(問題点等)		
	何でもしっかり噛んで食べられますか			飲食時むせることがありますか				
	歯磨きや義歯の掃除をいつしていますか(朝・昼等)							
	歯科医院を受診していますか(定期・不定期等)			回 / (最終受診 年 月 頃)				
排 泄	トイレに間に合わず、失敗することがありますか(有無)			排泄の特記事項(問題点等)				
	排尿	日中(回) ・ 夜間(回)		利尿剤服用(有無・頻度)				
	排便	(日に1回)		下剤服用(有無・頻度)				
睡 眠	眠れないことがありますか(有無・頻度)			睡眠・嗜好品の特記事項(問題点等)				
	睡眠薬を使用していますか(有無・頻度)							
嗜 好 品	飲酒状況について(有無・何・量)			何を		ml		
	喫煙状況について(有無・何・量)			1 日 本				
2 ADL							工夫していること できない理由など	
立ち上がり(できる・支え)			着替えをしていますか(1人で・手助け)					
片足立ち(できる・支え)			爪きりができますか(1人で・手助け)					
屋内歩行(杖・手すり・歩行器・他)			食事の摂取(1人で・手助け)					
屋外歩行(杖・手すり・歩行器・他)			入浴をしていますか (1人で・手助け・頻度)					
起き上がり(1人で・手助け)			洗身・洗髪をしていますか(1人で・手助け)					
<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他 ()			浴槽のまたぎ(1人で・手助け)					
座位保持(1人で・手助け)			段差を超える(1人で・手助け)					

3 IADL

日常生活について		本人がしていること	していない・できない場合は誰がしているか	工夫していること、できない理由 今後やりたいこと
炊事	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> ガス(IH)調理器使用 <input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>	
掃除	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>	
洗濯	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
ごみ出し	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
買い物	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>	
金銭管理	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
服薬	<input type="checkbox"/> している(全部・一部) <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 忘れずに内服等している <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 内服させてもらう <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>	
外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車(車・バイク) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス【最寄バス停: () 分程度】 / バス停まで【約 () m, 約 () 分程度】 <input type="checkbox"/> 家族の送迎【頻度: () 回程度】 <input type="checkbox"/> その他()			

4 社会生活・環境

社会参加・役割	外出頻度 回 / 外出先			
	現在、地域で参加しているものはありますか		内容	
	また、以前参加していたものはありますか		内容	
対人交流	何かしらの役割がありますか	家庭内	内容	地域
	困った時に助けてくれる人はいますか(毎日・時々・なし)			だれ
	別居の家族との交流状況(毎日・時々・なし)			だれ
認知	近隣・友人・知人との交流(毎日・時々・なし)			だれ
	もの忘れが気になりますか(毎日・時々・なし)		内容	
	会話がまとまらないこと(毎日・時々・なし)		内容	
	身だしなみへの関心の変化はありますか(あり・なし)		内容	
その他	火の始末(タバコを含む)が心配ですか(有無・頻度)		内容	
	何もする気が起こらない(したくない)ことがありますか(有無・頻度)		内容	
生活環境	些細なことで落ち込む(泣きたくなる)ことがありますか(有無・頻度)		内容	
	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところ(あり・なし)			
	玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 物干し場 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他()			
	自宅周囲の環境で不自由なところはありませんか <input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> 集合住宅のEVがない <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他()			

★生活機能の低下を起こしている背景・要因(箇条書き)

【個人因子】	【環境因子】