

# アセスメント用紙

氏名

様

入所目的		<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設
本人又は 家族の希望		<input type="checkbox"/> 特養申し込み中 <input type="checkbox"/> ( )
介護度( )	日常生活自立度( )	認知度( )
認知症	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 老人性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 人格障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 注意障害	
周辺症状	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 脱衣行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> 老人性そう・うつ病 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 他( )	
具体的内容と その対応		<input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> センサー

## 麻痺・移動情報

麻痺	上肢( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 下肢( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	拘縮 左 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手 右 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )	
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )	
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( ) 装具 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 : 移動手段 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 手引き	
屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 : 移動手段 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 手引き	
特記事項		

## コミュニケーション・視力・聴力情報

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 全盲( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> できない		
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> できない	レク参加	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> 出来ない
会話	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> できない	趣味やしたい事	
特記事項			

## 食事情報

食事摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ペース <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速 <input type="checkbox"/> 遅
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 中量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 補食( )	平均摂取量( 割)
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難( )	食ムラ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
むせ込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(形態 )
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具	好物( )
主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> パン	嫌い( )
副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト	カロリー制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( カロリー)
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 総・上・下・一部 )	塩分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( g)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( cc/日)
食べこぼし	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	他
食事場所	<input type="checkbox"/> ベッド・布団の上 <input type="checkbox"/> 本人の居室・寝室(布団等から離れて) <input type="checkbox"/> 食堂・台所 <input type="checkbox"/> その他( )	
特記事項		

排泄情報

記入日

年

月

日

(記入者

続柄

)

排泄の際に使用している器具(複数回答)			
昼間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 布パンツ
夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 布パンツ
排泄 昼間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助 <input type="checkbox"/> 定時交換時間( )
排泄 夜間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助 <input type="checkbox"/> 定時交換時間( )
尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
排尿回数	日中 回	夜間 回	排便状態 /日 下痢便・普通・硬便
尿・便 失禁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> その他( )
排泄後の始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
特記事項			

入浴・衛生の保持

入浴形態・回数	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 ( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー )		回 / 週
	<input type="checkbox"/> 施設入浴 ( <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> チェアーインバス )		回 / 週
	<input type="checkbox"/> 清拭	約 回 / 日・週・月	入浴拒否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
更衣動作	上衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> セッティングのみ	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> セッティングのみ	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> セッティングのみ	<input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 出来ない	うがい <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 出来ない
特記事項			

睡眠状況

睡眠状況	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明	睡眠時間	時 ~ 時 ( 時間)
睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> 有( ) 効果 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	臥床場所	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> その他
特記事項			

医療情報

入所までの経緯			
既往歴 及び傷病名			
内服薬			
内服管理			
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	
特別な処置	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引
	特別処置の最終実施日( 月 日 )		
皮膚状況	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 他( )
	内容( )		