

(案)

生活状況を把握するためのアセスメントシート

様 記入者： _____ 初回： 年 月 日 (黒)
 2回目： 年 月 日 (赤)
 3回目： 年 月 日 (青)

本人の主訴や意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴や意向	

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えているかどうか。

アセスメント項目		備考欄
運動機能(支えの必要性)	立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input 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 type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで	
移動手段	<input 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(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車	
寝具	<input type="checkbox"/> ベッドの使用 無 ・ 有(種類：)	
ADL		

B 日常生活・家庭生活について：家事(買い物・調理・掃除・洗濯・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。

アセスメント項目		備考欄
買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等	
調理	<input 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"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> していない	
掃除	<input 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	
整理整頓・ごみ捨て	<input 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	
金銭管理(家計の管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由：)	
情報への関心	<input type="checkbox"/> 新聞 <input 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 <input type="checkbox"/> インターネット	
保険情報	・介護保険料段階・介護保険負担割合 ・身障手帳、等級	
家事内容	<input type="checkbox"/> 掃除機かけ <input type="checkbox"/> 拭き掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯物干し など	

C 社会参加・対人関係・コミュニケーション：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・近隣の人と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や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。

アセスメント項目		備考欄
社会参加	活動性	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある() <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に参加している <input type="checkbox"/> 特にない
	外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input 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 type="checkbox"/> 趣味・楽しみ（ ） <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ）
対人関係	家族・近隣・友人・知人	状況：
コミュニケーション		<input 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
家族アセスメント		ジェノグラム： キーパーソン（ ）
ご本人が関わる地域情報		
交通網		
週間予定		

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た場合、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）

アセスメント項目		備考欄
服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 無・有 ①種類【 】 ②回数【 回/日】 ③服薬時間【朝食前・後、昼食前・後、夕食前・後、就寝前、その他： 】 ④かかりつけ薬局【 】 <input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない	
歯の手入れ（義歯含む）	方法（ ） <input type="checkbox"/> 受診 有・無 <input type="checkbox"/> 義歯 有・無 全義歯・部分義歯 <input type="checkbox"/> 歯がない	
食生活・栄養状況	回数（ 回/日）状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> 栄養状況 <input type="checkbox"/> 食形態（刻み食・治療食・その他【 】） <input type="checkbox"/> 一回量【 】・内容【 】	
水分摂取の状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている（ ） <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない <input type="checkbox"/> 制限 無・有 【制限量（ ）ml/日】 <input type="checkbox"/> 一日量 【 ml】	
飲酒状況・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒：無 ・ 有 頻度（ 回/日・週） 量（ /回） <input type="checkbox"/> 喫煙：無 ・ 有 量（ 本/日・週）・期間【 】年間	
適度な運動	<input type="checkbox"/> している（ ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）	
適度な休養	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <input type="checkbox"/> 睡眠状況（ ）	
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある（気がかりなこと） <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 排便【 回/日】	

