

アセスメントシート

目標/要望	ご本人		ご家族										
生活史													
1日の過ごし方	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00	
1週間の過ごし方													
病歴 既往歴	病名 (経過)			発症時期			受診機関名						
医療的 処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ドレーナージ <input type="checkbox"/> スーマ(<input type="checkbox"/> 尿路 <input type="checkbox"/> 人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経腸) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン注射) <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他()												
医療的 備考 (薬の情報等)													
身体 状況	身長	cm			体重	kg							
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)			拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)							
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬:)			食品:)								
	基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()										
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()										
		座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()										
		立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()										
		特記事項											
	移動/移乗	移動	<input type="checkbox"/> 屋外移動 <input type="checkbox"/> 屋内移動 <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> その他										
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()										
		特記事項											
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()											
		特記事項											
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()											
		<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> トロミ 【のみこみ】 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(総・部分・上・下)											
<input type="checkbox"/> パン禁 <input type="checkbox"/> 牛乳禁 <input type="checkbox"/> ヨーグルト禁 <input type="checkbox"/> ヤクルト禁 <input type="checkbox"/> 麺禁 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 咬断(固いもの) <input type="checkbox"/> 吸引(ストロー・吸飲み) <input type="checkbox"/> 嚥下(固形物) <input type="checkbox"/> 嚥下(嚥下食)													
主食		<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()											
副食		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み(荒・極小) <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー ()											
特記事項													
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()												
	<input type="checkbox"/> 排泄の後始末 <input type="checkbox"/> ズボンやパンツの上げ下ろし <input type="checkbox"/> 洋式便器への移乗 <input type="checkbox"/> 床上での排泄												
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿意(有・無) <input type="checkbox"/> 便意(有・無)												
	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> バルーン												
	特記事項												

アセスメントシート

身体 状況	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
		<input type="checkbox"/> 安定した浴槽の出入りと洗身ができる <input type="checkbox"/> 第三者の援助なしで入浴ができる <input type="checkbox"/> 浴室内での座位保持が可能である <input type="checkbox"/> 入浴の実施ができる <input type="checkbox"/> 入浴の実施ができない
	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
		特記事項
	更衣	褥瘡(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) その他皮膚の状態()
		<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 指示・声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 衣服の整えができる <input type="checkbox"/> ズボン/パンツの着脱ができる <input type="checkbox"/> ボタンのかけはずしができる <input type="checkbox"/> 上衣の片袖を通すことができる <input type="checkbox"/> 上衣の片袖を通すことができない
	整容	特記事項
		<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 口腔ケアができる <input type="checkbox"/> 歯みがきができる <input type="checkbox"/> 歯みがきのセッティングができる <input type="checkbox"/> うがいができる <input type="checkbox"/> うがいができない
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 不安あり) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
		<input type="checkbox"/> 爪切ができる <input type="checkbox"/> 髭剃り・スキンケア・整髪ができる <input type="checkbox"/> 手洗いができる <input type="checkbox"/> 手洗いができない
視力	特記事項	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> 全盲 (<input type="checkbox"/> 眼鏡)	
言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	
夜間の不眠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある 【眠剤 無・有 T/日】	
認知 状況	認知面	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 徘徊 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある 【時間帯】 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
		オリエンテーション <input type="checkbox"/> 年月日がわかる <input type="checkbox"/> 現在いる場所の名称 <input type="checkbox"/> 他者に対する見当識 <input type="checkbox"/> 自分の名前が言える <input type="checkbox"/> 自分の名前が言えない
		コミュニケーション <input type="checkbox"/> 複雑な人間関係の保持 <input type="checkbox"/> 書き言葉の受容ができる <input type="checkbox"/> 日常会話をしている <input type="checkbox"/> 話し言葉の理解ができる <input type="checkbox"/> 話し言葉の理解ができない
		精神活動 <input type="checkbox"/> 時間管理ができる <input type="checkbox"/> 簡単な算術計算ができる <input type="checkbox"/> 長期記憶 <input type="checkbox"/> 意識の混濁がない <input type="checkbox"/> 意識の混濁がある(あった)
		周辺症状 A群 <input type="checkbox"/> 世話を拒否する <input type="checkbox"/> 不適切に泣いたり笑ったりする <input type="checkbox"/> 興奮して手足を動かす <input type="checkbox"/> 理由なく金切り声をあげる <input type="checkbox"/> 衣服を器物を破壊する <input type="checkbox"/> 食物を投げる B群 <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> タンスの中身を全部出す <input type="checkbox"/> 日中屋外や屋内を徘徊する <input type="checkbox"/> 昼間、寝れりすぎる <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排尿
		【その他の周辺症状/問題行動等】
特記事項		
余暇活動	余暇	<input type="checkbox"/> 旅行を楽しむ <input type="checkbox"/> 個人の趣味活動の実施 <input type="checkbox"/> レクリエーションを楽しむ <input type="checkbox"/> テレビ鑑賞を楽しむ <input type="checkbox"/> その他
	交流	<input type="checkbox"/> 通信機器を用いての交流 <input type="checkbox"/> 外出をする <input type="checkbox"/> 友人との会話 <input type="checkbox"/> 身近な人との会話 <input type="checkbox"/> その他
趣味・嗜好	趣味・嗜好	<input type="checkbox"/> 趣味() <input type="checkbox"/> 嗜好()
	特記事項	【禁忌事項等】
リスクマネジメント情報	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他	
備考	【その他の周辺症状/問題行動等】	