

今治市版 生活状況を把握するためのアセスメントシート

記入者： 記入日 年 月 日

利用者氏名

実施場所： 自宅 ・ その他（ ）

作成：今治市・地域包括支援センター主任ケアマネ部会（Ver.1 2020.3.31）

運動・移動	①	(イスからの) 立ち上がり		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	【特記・課題等】
	②	何かにつかまらずに歩く（5 m）		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	
	③	信号が変わる前に横断歩道を渡りきる		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とかできる	<input type="checkbox"/> できない	
	④	片足立ち（1秒）		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	
	⑤	歩行補助具の使用		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 使用中（杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 他（ ））			
	⑥	外出手段	日用品を買う店まで	<input type="checkbox"/> 自分で行ける（手段 ）	<input type="checkbox"/> 誰かに頼む	<input type="checkbox"/> 行けない	
			病院等に行くときは	<input type="checkbox"/> 自分で行ける（手段 ）	<input type="checkbox"/> 誰かに頼む	<input type="checkbox"/> 行けない	
⑦	転倒をいつ・どこで・どのようにしたか 転倒への不安（有 ・ 無 ）		<input type="checkbox"/> 室内（ ） <input type="checkbox"/> 屋外（ ）				

日常生活・家庭生活	⑧	掃除	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	【特記・課題等】
	⑨	洗濯	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑩	献立・調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑪	買物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑫	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑬	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑭	電話等の利用	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑮	役所や金融機関等の手続	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	⑯	情報への関心（有 ・ 無）	<input type="checkbox"/> 新聞	<input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 人づて	

コミュニティ参加・対人関係、	⑰	1日誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人等 <input type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす				【特記・課題等】
	⑱	通院以外で外出する頻度	<input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない				
	⑲	家族と連絡をとる頻度	<input type="checkbox"/> 回/週・月・年 <input type="checkbox"/> ほとんどない				
	⑳	親戚・友人と連絡をとる頻度	<input type="checkbox"/> 回/週・月・年 <input type="checkbox"/> ほとんどない				
	㉑	近所との交流状況	<input type="checkbox"/> 交流多い <input type="checkbox"/> 交流少ない <input type="checkbox"/> 頼れる <input type="checkbox"/> 頼れない				
	㉒	身だしなみの状況	<input type="checkbox"/> 整っている <input type="checkbox"/> 気になるができない <input type="checkbox"/> 気にならなくなった				
	㉓	情緒が不安定になることの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不安定になることがある				
	㉔	一人きりになることへの不安	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（どんな時に： ）				
	㉕	コミュニケーションへの配慮の必要性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（内容： ）				

健康管理	⑳	入浴	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> なんとかできる（浴槽のまたぎ・洗身・洗髪） <input type="checkbox"/> できない（浴槽のまたぎ・洗身・洗髪）				【特記・課題等】
	㉑	排泄	<input type="checkbox"/> 問題ない	排尿回数	回/日	<input type="checkbox"/> 尿問題（尿漏れ・頻尿・その他： <input type="checkbox"/> 生活への支障）	
				排便回数	回/日・週	<input type="checkbox"/> 便問題（便秘・下痢・その他： <input type="checkbox"/> 生活への支障）	
	㉒	食事回数・内容	<input type="checkbox"/> 回/日（内容： ）				
	㉓	水分摂取量	<input type="checkbox"/> 量 ml/日(回/日) <input type="checkbox"/> 必要量理解し摂取している <input type="checkbox"/> 脱水経験有				
	㉔	皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（内容： ）				
			<input type="checkbox"/> 自分で爪を切れない（手 ・ 足 ）				
	㉕	口腔状態(残存歯 本)	<input type="checkbox"/> 固いものが食べにくい <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 義歯があわない				
		歯の手入(義歯も含む)	<input type="checkbox"/> している（方法： ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）				
		歯科受診の状況	<input type="checkbox"/> あり（頻度 ） <input type="checkbox"/> なし（理由： ）				
	㉖	痛みの状況	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位： 程度： ）				
	㉗	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある（睡眠薬服用 有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 眠気で日中の活動に支障がある <input type="checkbox"/> 昼寝（頻度 回/週・時間 分）				
	㉘	服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 自分で医師の指示通り飲める <input type="checkbox"/> 誰かの声掛けがあれば飲める <input type="checkbox"/> できない				
	㉙	飲酒・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒（頻度 回/週・種類： 量： ml) <input type="checkbox"/> 喫煙（ 本/日）				
			<input type="checkbox"/> 飲酒が原因の生活問題あり <input type="checkbox"/> 喫煙が原因の生活問題あり				
	㉚	医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（内容： ）				
	㉛	その他医師からの注意	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（内容： ）				
㉜	年1回の健康診査の受診	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない					
㉝	現在の健康状態の主観	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない					

認知機能	㉞	会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	【特記・課題等】
	㉟	忘れ物が気になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
	㊱	電気機器類の操作ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> できない	
	㊲	火の始末の心配	<input type="checkbox"/> 心配ない	<input type="checkbox"/> 心配がある <input type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり	
	㊳	悪徳商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している	<input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験あり	

その他	㊴	見守りの状況	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（家族・民生委員・近隣住民・民間サービス・その他： ）			【特記・課題等】
	㊵	緊急時のSOS発信	<input type="checkbox"/> 自分なりに対応できる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない			
	㊶	生活基盤を脅かすトラブル	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（状況 ）			

元気（健康）でいるため、自立（律）した生活をできるだけ続けるために心がけていること		
(本人) 今後、どのような生活を送りたいか（やってみたいか）		
(家族) 今後、どのような生活を送ってほしいか		