

アセスメント表

雪のほこら

アセスメント日				年	月	日	記入者名			
フリガナ				男・女	生年月日		M・T・S 年 月 日 (才)			
本人氏名	様									
要介護度		認定日	年	月	日	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
認知度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	M	
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
疾患名 (既往歴)						主治医	病院 科 Dr.			
現病						その他の受診病院				
内服薬	無 有 (飲んでいる薬)									
医療的特記事項	褥瘡 尿管カテーテル ストマ (人工肛門) 経管栄養 (経鼻・胃ろう) 酸素療法 インシュリン注射 疼痛看護 その他 ()									
感染症	無 ・ 未検査 ・ 肝炎 (型) ・ 梅毒 ・ MRSA ・ その他 ()									
麻痺	無 ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 ・ その他 ()									
可動制限	無 ・ 肩 ・ 肘 ・ 手首 ・ 股 ・ 膝 ・ 足首 ・ その他 ()									
基本動作	寝返り	起き上がり	座位保持	立ち上がり	立位保持					
	可・介助要・不可	可・介助要・不可	可・支え要・不可	可・支え要・不可	可・支え要・不可					
聴力	普通 やや大声 耳元でないと聞こえない 全く聞こえない 補聴器使用：無 有									
視力	普通 大きい文字程度 物の輪郭程度 全く見えない 眼鏡使用：無 有 (老眼・近眼)									
言語	普通 ややはっきりしない 他者に伝わらない 全く話せない									

1日の過ごし方

7:00

12:00

17:30

ADL	状 況	介助内容	特記事項
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	杖 歩行器 車イス () 声掛け：要 不要 転倒危険性：有 無	
移乗	自立 見守り 一部介助 全介助	声掛け：要 不要 巻き込み注意：有 無	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	トイレ誘導 Pトイレ (常時 夜のみ) パンツ：布 紙 パット使用：有 無 オムツ使用：常時 夜のみ 尿道留置カテーテル ストマ 尿意：有 無 失禁：有 無	排尿回数 昼： 回 夜： 回 便 排便周期 回 / 日 下剤使用：有 無 下剤の種類 ()
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	主食： 常食 粥 ミキサー 副食： 常食 一口大 荒キザミ 極キザミ ミキサー その他 () 箸 スプーン その他 () 経管栄養：有 無 トロミ：有 無	《制限》 水 cc 塩分 g カロリー kcal ムセ：有 無 食欲：有 無
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	個浴 中間浴 特浴 洗身 洗髪	
着脱衣	自立 見守り 一部介助 全介助	ボタンかけ 上着介助 ズボン介助 靴下 声掛け：要 不要	
整容	自立 見守り 一部介助 全介助	髭そり： かみそり シェーバー	
口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	義歯：無 有 総義歯 ・ 部分 (上 下)	
睡眠	良眠 時々不眠 不眠	安定剤使用：無 有 (毎日・眠れないとき) 睡眠時間： 時 ~ 時まで	
認知症	有 無 (診断：有 無)	短期記憶：問題なし 問題あり 意思の決定：できる いくらか困難 できない 意思の伝達：できる いくらか困難 具体的要求のみ できない 徘徊 異食 幻覚 幻視 幻聴 不潔行為 妄想 夜間せん妄 収集 暴言 暴行 その他 ()	
福祉用具	車イス 杖 歩行器 低床ベッド ベッド エアマット 低反発 マット 布団 L字バー Pトイレ センサー () 転倒予防マット つっぱり棒 転倒防止机		
本人の意向			お看取りの意向 有 無
家族の意向・要望			延命希望 有 無 ()

