

アセスメントシート① Assessment①

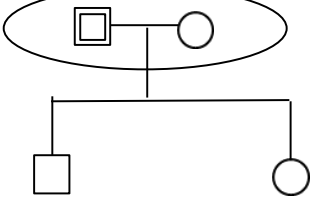
作成理由 Reason of Assessment	
------------------------------	--

作成日 Date of fill	令和 AD	年 Y	月 M	日 D
作成者 Name of fill				

フリガナ 利用者名 Patient's Name		Sex 男・女 M・F	生年月日 Date of Birth	年(Y) 月(M) 日(D) (歳 Years old)
住所 Address			初回相談受付日 First Date of Consulting	
電話番号 TEL			受付方法 Way to consult	
			相談経路 Route By	

障害高齢者の日常生活自立度 Level of Independence in daily Life of Disable Elderly	J ・ A ・ B ・ C
認知症高齢者の日常生活自立度 Level of Independence in Daily Life of Elderly with Dementia	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

認定情報 Certificate Information	(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5 (Support Required) (Nursing Care Required)			
	認定年月日 Date of Certificate	認定期間 Term of Certificate		
被保険者情報 Insured Person Information	介護保険 Long-Term Care Insurance	医療保険 Medical Insurance		
	身体障害者手帳 Handicapped Person's Notebook	療育手帳 Nursing Notebook		
	精神保健福祉手帳 Mental Health Welfare Notebook			
	生活保護 Livelihood Protection	受給者番号 Insured Number	負担者番号 Bearer Number	

家族構成 Family Structure  <p>女性(F)=○、男性(M)=□、死亡(Died)=●/■ 本人(Myself)=◎/☒ 介護者(Carer)=介、同居(Live with)=○</p>	生活概要 Life Summary <input type="checkbox"/> 家族同居 With Family <input type="checkbox"/> 老老介護 Elderly Care <input type="checkbox"/> 日中独居 Daily Alone <input type="checkbox"/> 独居 Alone <input type="checkbox"/> 他 Other	
介護者情報 Carer Information		介護力 Care Ability

趣味・嗜好 Hobbies / Preferences	<input type="checkbox"/> たばこ(Smoking) (本 smokes/日 day) <input type="checkbox"/> 酒(Alcohol) (本 ml/日 day) <input type="checkbox"/> 植物(Planting, Gardening) () <input type="checkbox"/> 音楽(Music) ()	<input type="checkbox"/> テレビ(TV) () <input type="checkbox"/> 動物(Animals) () <input type="checkbox"/> その他(Others) () <input type="checkbox"/> グルメ(Foods) ()	<input type="checkbox"/> 読書(Books) () <input type="checkbox"/> スポーツ(Sports) ()
--------------------------------	--	---	---

生活歴 History of Life				
------------------------	--	--	--	--

利用している 介護サービス などの状況 Status of Usage of Care Service	サービス種別 Type of Service	事業所名 Name of Office	サービス種別 Type of Service	事業所名 Name of Office

訪問介護に対する意向 (Intention or Request to Home Nursing)	
本人 (Patient)	ヘルパー導入 (Helper) <input type="checkbox"/> 希望する (Need) <input type="checkbox"/> 希望なし (No Need) <input type="checkbox"/> 不明 (Unknown)
家族 (Family and Relatives)	ヘルパー導入 (Helper) <input type="checkbox"/> 希望する (Need) <input type="checkbox"/> 希望なし (No Need) <input type="checkbox"/> 不明 (Unknown)

アセスメントシート② Assessment②

・疾患の管理 (Disease Management)

項目(Item)	内容(Contents)	医療機関受診状況 (Status of Medical Institution)	医師からの指示 (Doctor's order)	無 Nothing
既往歴 Medical History	<input type="checkbox"/> 高血圧 High Blood <input type="checkbox"/> 肺炎 Pneumonia <input type="checkbox"/> 脳卒中 Stroke <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 脱水 Dehydration <input type="checkbox"/> 心臓疾患 Heart <input type="checkbox"/> 白内障 Cataract <input type="checkbox"/> 低栄養 Undernutrition <input type="checkbox"/> 骨折 Fracture <input type="checkbox"/> その他 Other()			<input type="checkbox"/>
現病状 Current Medical Condition	<input type="checkbox"/> 高血圧 High Blood <input type="checkbox"/> 肺炎 Pneumonia <input type="checkbox"/> 脳卒中 Stroke <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 脱水 Dehydration <input type="checkbox"/> 心臓疾患 Heart <input type="checkbox"/> 白内障 Cataract <input type="checkbox"/> 低栄養 Undernutrition <input type="checkbox"/> 骨折 Fracture <input type="checkbox"/> その他 Other()			<input type="checkbox"/>
感染症 Infection	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 Syphilis <input type="checkbox"/> 水虫 Athlete's Foot <input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis (A B C) <input type="checkbox"/> その他 Other()			<input type="checkbox"/>
精神状態 Mental Condition	<input type="checkbox"/> 認知症 Dementia(軽・中・重) (Mild・Moderate・Severe) <input type="checkbox"/> 統合失調症 Schizophrenia <input type="checkbox"/> うつ Depression <input type="checkbox"/> 睡眠障害 Sleep Disorder <input type="checkbox"/> その他 Other()			<input type="checkbox"/>
服薬状況 Medication Status	<input type="checkbox"/> 朝食前・後 Breakfast Before・After <input type="checkbox"/> 昼食前・後 Lunch Before・After <input type="checkbox"/> 夕食前・後 Dinner Before・After <input type="checkbox"/> 食間、眠前、ほか Between Meal, Before sleep, etc.			

・医療処置 Medical Procedure

<input type="checkbox"/> 褥瘡 Pressure Ulcer <input type="checkbox"/> カテーテル Catheter <input type="checkbox"/> 胃ろう Stomach Fistula <input type="checkbox"/> 気管切開 Tracheostomy <input type="checkbox"/> 在宅酸素 Home Oxygen <input type="checkbox"/> その他 Other()	無 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------

通常時の体調 Normal Physical Condition

平熱 Normal Temperature	°C	血圧 Blood Pressure	/	他 VS	
水分 Drinking	<input type="checkbox"/> 1500ml 以上 Over <input type="checkbox"/> 1500ml 未満 Less than()	形態 Form	<input type="checkbox"/> 常 Norm <input type="checkbox"/> とろみ Thickening	内容 Contents	
栄養 Nutrition	<input type="checkbox"/> 1500kcal 以上 <input type="checkbox"/> 1500kcal 未満() kcal	形態 Form	<input type="checkbox"/> 常 Norm <input type="checkbox"/> きざみ Incision <input type="checkbox"/> かゆ Porridge <input type="checkbox"/> ミキサー Mixer	内容 Contents	
排泄 Excretion	リズム Frequency	方法 Way		下着 Underwear	
	便 Faeces 回times/週week <input type="checkbox"/> トイレ・ポータブル・寝たまま・失禁・ストマ・その他() Toilet・Portable・During sleep・Incontinence・Stoma・Other	<input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> パンツ+パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ Brief <input type="checkbox"/> Rehabpants+Pads <input type="checkbox"/> Rehabpants			
	尿 Urine 回times/週week <input type="checkbox"/> トイレ・ポータブル・寝たまま・失禁・ストマ・その他() Toilet・Portable・During sleep・Incontinence・Stoma・Other	<input type="checkbox"/> リハビリ+パッド <input type="checkbox"/> オムツのみ <input type="checkbox"/> オムツ+パッド Rehabpants+Pads <input type="checkbox"/> Diaper <input type="checkbox"/> Diaper+Pads			
清潔 Cleanliness	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 Home bath (Times/W) <input type="checkbox"/> 部分浴 Apart bath (Times/W)	<input type="checkbox"/> デイ入浴 Day Service (Times/W)	<input type="checkbox"/> 銭湯 Public bath (Times/W)	<input type="checkbox"/> 清拭 Cleaning (Times/W)	

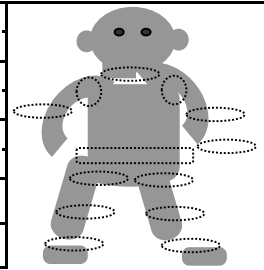
口腔環境、嚥下機能の評価 Evaluation of Cavity Environment and Swallowing Function

衛生 Hygiene	<input type="checkbox"/> 発赤 Redness <input type="checkbox"/> 腫脹 Swelling <input type="checkbox"/> 疼痛 Pain <input type="checkbox"/> 出血 Bleeding <input type="checkbox"/> 残渣 Residue <input type="checkbox"/> 舌苔 Tongue Coating <input type="checkbox"/> 口臭 Halitosis <input type="checkbox"/> 潰瘍 Ulcer <input type="checkbox"/> 虫歯 Decay <input type="checkbox"/> 欠歯 Miss tooth
歯磨き Teeth brush	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ Brushing <input type="checkbox"/> その他 Other () <input type="checkbox"/> していない No Brushing
義歯 Denture	<input type="checkbox"/> なし Nothing <input type="checkbox"/> 部分 Apart <input type="checkbox"/> 全部 All
摂取・嚥下 Ingestion/Swallowing	<input type="checkbox"/> むせ Choke <input type="checkbox"/> 嚥下障害 Dysphagia

ADL・日常行動の領域 ADL and Area of Daily Activities

運動 Exercise	週内外出リズム Frequency	日(Sun)	月(Mon)	火(Tue)	水(Wed)	木(Thu)	金(Fri)	土(Sat)	不定期外出 Irregular
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
環境 Environment	住宅 House	<input type="checkbox"/> 戸建 Detached house		<input type="checkbox"/> 集合住宅 Apartment		<input type="checkbox"/> エレベーター Elevator(有・無) (Presence / Absence)			
	段差 Step	<input type="checkbox"/> 玄関 Entrance		<input type="checkbox"/> トイレ Toilet	<input type="checkbox"/> 浴室 Bath	<input type="checkbox"/> 洗濯干場 Laundry	<input type="checkbox"/> 台所 Kitchen	<input type="checkbox"/> 居室 Living room	<input type="checkbox"/> その他 Other()
	トイレ Toilet	<input type="checkbox"/> 和式 Japanese Style		<input type="checkbox"/> 洋式 Western Style		<input type="checkbox"/> 他階 Other Floor		<input type="checkbox"/> さむい Cold <input type="checkbox"/> その他 Other()	

身体機能 Bodily Functions	目 Eyes	右 R : 普通・弱・全盲・その他 左 L : 普通・弱・全盲・その他 Normal / Weak / Blind / Other	肩 Shoulder	右 R	Lower Extremities	股 Crotch	右 R	
	耳 Ears	右 R : 普通・弱・難聴・不可 左 L : 普通・弱・難聴・不可 Normal / Weak / Bad / Nothing		肘 Elbow		右 R	膝 Knees	右 R
	首 Neck			手首 Wrist		右 R	足首 Ankle	右 R
	腰 Waist			手指 Fingers		右 R	発語 Pronounce	普通・やや不自由・難 Normal / Not good / Bad
			左 L	会話 Communicate	理解 Understand	普通・やや不自由・難 Normal / Not good / Bad		



アセスメントシート③ Assessment③

・規則的生活 Regular Life

時間 Time	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
生活リズム Life Rhythm					起床	食事							食事	入浴				食事					就寝	
					Wake up	Breakfast							Lunch	Taking bath				Dinner					Sleep	

・社会との関わり Relationship with Society

社会活動への参加意欲 Willingness to Join Society	あり ・ 無し Presence / Absence	具体的内容 Specific Content	
他者との関わり Relationship with Others	あり ・ 無し Presence / Absence	具体的内容 Specific Content	
喪失感 Sense of Loss	あり ・ 無し Presence / Absence	具体的内容 Specific Content	
孤独感 Loneliness	あり ・ 無し Presence / Absence	具体的内容 Specific Content	
地域の協力 Regional Cooperation	あり ・ 無し Presence / Absence	具体的内容 Specific Content	

・認知症の症状 Symptoms of Dementia

環境不応型 Unadaptable to Environment	新しい環境で症状が出現したり、激しくなる Symptoms appear or intensify in new surroundings	<input type="checkbox"/>	有・無 Presence / Absence
身体不調型 Physical Disorder	脱水や便秘、低栄養、病気やけがによる Due to dehydration, constipation, malnutrition, illness or injury	<input type="checkbox"/>	
知的衰退型 Intellectual Decline	記憶と見当識の障害による Due to impaired memory and orientation	<input type="checkbox"/>	

・認知機能 Cognitive Function

物忘れ Forgetfulness	あり ・ 無し Presence / Absence	意思決定 Decision Making	可 ・ 不可 Possible / Impossible
----------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------------

・問題行動 Problem Behavior

被害的 Victim	あり ・ 無し Presence / Absence	一人で出たがる Go out alone	あり ・ 無し Presence / Absence
作話 Storytelling	あり ・ 無し Presence / Absence	収集癖 Habit of collecting	あり ・ 無し Presence / Absence
昼夜逆転 Day-Night reversal	あり ・ 無し Presence / Absence	独り言・一人笑い Talking to oneself	あり ・ 無し Presence / Absence
同じ話をする Talk the same story	あり ・ 無し Presence / Absence	話がまとまらない Can't stop talking	あり ・ 無し Presence / Absence
感情が不安定 Emotionally unstable	あり ・ 無し Presence / Absence	自分勝手な行動 Selfish behavior	あり ・ 無し Presence / Absence
介護拒否 Nursing refusal	あり ・ 無し Presence / Absence	物や衣類を壊す Break things	あり ・ 無し Presence / Absence
落ち着きがない Restless	あり ・ 無し Presence / Absence	大声を出す Shout out	あり ・ 無し Presence / Absence

日常生活への影響、介護状況、課題など Issues of daily life, status of nursing care etc.	
---	--

・その他の特記事項 Other specific notes

--

アセスメントシート④ Assessment④

	行為 Action	状態 Status				援助が必要な理由 Reason to Support	意欲 Willingness	生活状態 Life Condition
生活援助 Life Support	掃除 Cleaning	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	衣類整理	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	調理 配下膳	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	買物 薬受取り	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	ゴミ	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
身体介護 Physical Care	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	清拭	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	全身浴	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	洗面等	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	身体整容	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	移乗 移動	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	通院 外出	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
	起床 就寝	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 Possible	<input type="checkbox"/> 一部介助 Need Partial Support	<input type="checkbox"/> 全介助 Need Full Support	<input type="checkbox"/> しない Nothing		あり・なし Presence/Absence		
特記 Other								

