

# アセスメントシート

笠間シルバーケアセンターパル

平成 年 月 日

フリガナ 利用者		男 女	生年 月日	M / T / S	年	月	日	歳	担当
住所	〒								
TEL	— —			FAX	— —				
緊急連絡先	氏名				続柄				
	住所				TEL				
介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
指定居宅介護支援事業所	(担当: ) TEL								

## ADL状況

		身長	cm	体重	kg
身体 の 状 況	視覚	1.普通 2. 少し見える 3. 明暗のみ 4. 全く見えない *眼鏡( 非使用 ・ 使用 )			
	聴覚	1.普通 2. 少し聞こえる( 右 ・ 左 ) 3. 耳元( 右 ・ 左 ) 4. 全く聞こえない *補聴器( 非使用 ・ 使用 : 右 ・ 左 )			
	言語	1. 普通 2. 少し話せる 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない			
	意思疎通	1. 普通 2. ある程度通じる 3. ほとんど通じない 4. わからない			
	歯	1. 自分の歯 2. 義歯( 一部 ・ 全部 / 適合 ・ 不適合 ) 3. 義歯なし			
	麻痺	無 ・ 有( )			
	褥瘡	無 ・ 有( )	寝返り	可 ・ 不可	起き上がり
日 常 生 活 動 作	移動	自立 見守り 一部介助 全介助	1. つたい歩き 2. 杖( ) 3. 歩行器( ) 4. 装具 5. 車椅子 ( 自走 ・ 要介助 …………… 有 / 無 )		
	排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	1. トイレ 2. PTトイレ 3. 尿器 4. オムツ( 常時 ・ 夜間 ・ 時々 ) 5. リハビリパンツ ( 常時 ・ 夜間 ・ 時々 ) * 尿 ・ 便意 ( 有 ・ 時々 ・ 無 )		
	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	1. 一般浴 2. シャワー 3. 機械浴 4. 清拭		

食事	自立	1. はし	食欲：旺盛・普通・不振	嚥下障害：無・有
	見守り	2. スプーン	種類：主食：常食・粥食・流動	
	一部介助	フォーク	副食：普通・その他（ ）	
	全介助	3. 手づかみ	制限食：（ ）	
アレルギー：無・有（ ）好き嫌い：無・有（ ）				

精神の状況	認知症（無・有： ）
	①記憶障害
	②昼夜逆転                      ③大声                      ④暴力・暴言                      ⑤自傷行為
	⑥徘徊                              ⑦不穏興奮                      ⑧抑鬱                              ⑨不潔行為
	⑩性的問題                      ⑪幻覚・幻聴                      ⑫睡眠障害                      ⑬異食

既往歴

* 病名	発症年月日（      年      月      日頃）
* 病名	発症年月日（      年      月      日頃）
* 病名	発症年月日（      年      月      日頃）

医療処置

①点滴                      ②透析                      ③ストーマ                      ④ネプライザー                      ⑤酸素療法

⑥レスピレーター                      ⑦経管栄養                      ⑧褥瘡                      ⑨カテーテル

⑩その他（                      ）

現在受けている介護・医療サービス

一日のリズム

5      6      7      8      9      10      11      12      13      14      15      16      17      18      19      20

家族構成	
------	--