

アセスメントシート2

東京城東病院附属介護老人保健施設

お客様名	記入者	作成日	年 月 日
視力障害	特記・備考		
聴力障害	無・有(右・左 全盲) 眼鏡(無・有)		
言語障害	無・有		
麻痺・拘縮	無・有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)		
短期記憶	問題なし・問題あり HDS-R /30		
意志決定能力	自立・いづらか困難・見守りが必要・判断不可		
意志伝達能力	伝えられる・いづらか困難・具体的内容のみ・不可		
ナースコール	押して待てる・押せるが待てない・押せない		
認知症自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
皮膚の状態	褥瘡	処置	
	無・有		
	深さ	大きさ	
	発赤・びらん・潰瘍・筋肉や骨の露出		
	魚の目/たこ/水虫/変形		
皮膚の状態その他	無・有(疥癬)		
正面	背面	身長 (cm)	体重 (kg)

起き上がり・立ち上がり

- ベッドからの起き上がり・立ち上がりは自立して行える
- ベッドからの起き上がり・立ち上がりは見守りで行える
- ベッドからの起き上がりに介助が必要だが立ち上がりは軽介助で行える
- 起き上がりも立ち上がりも全介助状態である
- ベッドから起き上がれず座位保持もできない

立位保持・座位保持

- 支えなく立位保持・座位保持が可能
- 背もたれがあれば座位保持はできるが立位保持は困難
- 背もたれがあれば座位保持は可能・一部介助で立位保持は可能
- つかまる所があれば座位保持も立位保持も可能
- 立位保持も座位保持も困難

歩行・移動時

- 器具を使用せず自立歩行可能
- 器具を使用して見守り歩行可能
- 伝い歩きは可能
- 手引き介助をすれば短距離歩行可能
- 歩行はできない

車椅子について

- 乗り移りも車椅子操作も自分でできる
- 乗り移りは全介助を要するが車椅子操作は自分でできる
- 乗り移りも車椅子操作も全介助を要する
- 乗り移りは軽介助を要するが車椅子操作は自分でできる
- 乗り移りは軽介助で行うが車椅子操作はできない

◆ ADL・IADL ◆ ※一部介助は声かけ・見守り含む

食事

形態

主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥 ()	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 経管栄養
副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 粗キザミ	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー
使用具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン・フォーク	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> すべり止めマット		
飲込み	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> たまにむせる	<input type="checkbox"/> たびたびむせる	<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 吸引有 (回位/日)
トロミ剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
制限食	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	カロリー (cal)	塩分制限 (g)
治療食	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
禁止食・食べられないもの	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		
食欲	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 上総義歯	<input type="checkbox"/> 下総義歯	<input type="checkbox"/> 上部分義歯 <input type="checkbox"/> 下部部分義歯

摂取状況

- 自分で普通に食べられる
- 自分で食べられるが遅くて時間がかかる
- 食べられるが少し介助を要する
- スプーンなどを使ってやっと食べられるがかなり介助を要する
- 全く自分で食べられず全て介助を要する

食事時間 (分位)

その他食事について何かありましたらお書き下さい

移乗・移動

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<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"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> つかまれば可能 (秒位)	<input type="checkbox"/> 介助すれば可能 (秒) <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能	<input type="checkbox"/> できない
トランスファー	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
歩行	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 短距離なら可能 (M位)	<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 手引き介助 <input type="checkbox"/> できない
移動時	<input type="checkbox"/> 独歩可能	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 付き添いが必要
車椅子走行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> なし
使用器具(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走可・否) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
	<input type="checkbox"/> 装具有 ()		
使用器具(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走可・否) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
	<input type="checkbox"/> 装具有 ()		

排泄

尿意	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/日)	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
便意	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (/日)	便失禁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
便秘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	便秘時の対応 ()		
日中	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<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"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> 布パンツ	
夜間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<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"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> 布パンツ	
	<input type="checkbox"/> その他 (安楽尿器・尿器・ユリドーム)				

排泄について

- 自立している
- 日中・夜間共に定時で声かけが必要
- 日中はトイレにて介助・夜間はオムツ交換
- 日中はトイレ声かけ誘導・夜間はオムツ交換
- 日中・夜間共に常時オムツ交換

更衣 上衣 自立 一部介助 全介助 下衣 自立 一部介助 全介助

入浴 一般浴 特別浴 清拭 自立 一部介助 全介助

睡眠 良眠 普通 不眠 眠剤有 ()

問題行動

- 暴言
- 大声・奇声
- 独語(独り言)
- 暴力
- 介護への抵抗
- 収集癖
- 夜間不眠
- 帰宅願望
- 徘徊
- センサーマット等の利用
- 不潔行為
- 異食行為
- 盗食行為
- 危険行為

チェック項目について詳しくお書き下さい