

芦屋市介護予防ケアマネジメント アセスメントシート

氏名				被保険者番号									
作成日	年	月	日	(修正日)	年	月	日						
事業所名				作成者									

1 運動・移動について

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、移動できる。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、さまざまな交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて。

		現在の状況 (具体的な内容)	本人・家族の 意欲・意向	予後予測についての 担当者・多職種の意見
移動状況	室内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助車 <input type="checkbox"/> 他()		
	室外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助車 <input type="checkbox"/> 他()		
階段や段差の昇降		<input type="checkbox"/> サポートなしで可 <input type="checkbox"/> サポートが必要()		
移動手段 (交通機関・用具の使用)		<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車(運転・同乗) <input type="checkbox"/> その他()		

2 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家庭内や近隣における役割の有無などの内容や程度について。

		現在の状況 (どのようなことを、どこで、どのぐらい頻度で等)	本人・家族の 意欲・意向	予後予測についての 担当者・多職種の意見
外出	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度		
	目的	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域の活動 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> その他		
社会参加		<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域の活動 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)		
対人交流		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 近隣や地域 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)		
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (具体的な状況)		
近隣の協力者		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (具体的な状況)		

エコマップ	備考(介護予防ケアマネジメントにおいて留意すること等)

3 日常生活(家庭生活)について

家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)や住居・経済の管理, 花木やペットの世話などを行っているかについて。

	現在の状況 (どのようなとき, 誰から, どのようなサポートを受けているか)	本人・家族の 意欲・意向	予後予測についての 担当者・多職種の見解
買い物	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
調理・炊事	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
洗濯	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
掃除	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
整理・ゴミ捨て(分別)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
金銭管理(家計管理)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
生活管理 (施錠, 換気, 室温管理など)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		
その他 (花木やペットの世話など)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> サポートあり ()		

4 健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや, 服薬, 定期受診が行えているかどうか。また, 飲酒や喫煙のコントロール, 食事や運動, 休養, 食事・水分摂取, 排泄状況など健康管理の観点から必要と思われることについて。

	現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	予後予測についての 担当者・多職種の見解	
服薬内容と管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲み間違いあり()			
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(かかりつけ歯科医:)			
歯の手入れ	<input type="checkbox"/> 行われている <input type="checkbox"/> 行われていない (義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(状況:)			
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ととききなし <input type="checkbox"/> 常になし			
食事回数	()回/日			
食事の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)			
水分摂取量(日)	(約)cc			
排泄の状況	排便 ()回/日・週			受けているサポート内容等: ()
	排尿 ()回/日・週			
入浴の状況	()回/日・週			<input type="checkbox"/> 浴槽につかる <input type="checkbox"/> シャワー 受けているサポート内容: ()
飲酒・喫煙状況	飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度: 量:)			
	喫煙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度: 量:)			
睡眠時間(日平均)	()時間/日			
眠れなくなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(眠剤の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			