

介護老人保健施設 池袋えびすの郷 SS利用希望者アセスメント表

この表は、利用者様を介護させていただくにあたり、ご本人の状態を事前に把握するためのものです。
 おおよそ該当するところにチェック✓いただくようお願いします。また、補足事項などもご記入ください。
 施設処理欄（課題評価）は施設職員が記入いたしますので、空欄のまま 記入しないでください。

利用者氏名	様	記入日	年 月 日	身長	cm
筆記者氏名	様	利用者との関係性		体重	kg

心身状態	ADL: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知状態: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

A：生活能力

1	食事と水分摂取	食種は	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 抗潰瘍食 <input type="checkbox"/> その他()			
		主食の形態は	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()			
		副食(おかず)の形態は	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他()			
		カロリー制限は	kcal	塩分制限は	g	(経口/経管栄養の場合) 使用材料と量は
		医療面での禁食は				苦手な食べないものは
		食欲は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> むらがある <input type="checkbox"/> ない	平均摂取量は	主食	副食
		一人で食べられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全てに介助必要			
		一人で飲み物を飲めますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全てに介助必要			
		食べこぼしはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない			
		飲み込みは	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ときどきつまらせる <input type="checkbox"/> よくつまらせる			
		困難なこと	<input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> その他()			
		トロミ等使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない	(使用している場合) 量は		
		食べる時は	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 (<input type="checkbox"/> 部分入れ歯 / <input type="checkbox"/> 総入れ歯) <input type="checkbox"/> 義歯はあるが使用していない			
		食事自助具は	<input type="checkbox"/> 使う (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 他()) <input type="checkbox"/> 使わない			
		ご家庭での食事場所は	<input type="checkbox"/> ダイニング <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他()			
施設処理欄 (課題評価)	※施設で記入するので、記入しないでください。					

2	身体機能と就寝環境など	歩行は	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引きや身体支持で歩行可 <input type="checkbox"/> 不可		
		階段昇降は	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
		室内使用器具	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 他()		
		室外使用器具	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 他()		
		車椅子への移動は	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	車椅子の操作は	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
		起き上がりは	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> ベッド柵等につかまりできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない		
		座っていることは	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> ベッド柵等につかまりできる <input type="checkbox"/> 背もたれあればできる <input type="checkbox"/> できない		
		立ち上がりは	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> ベッド柵等につかまりできる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない		
		寝る時は	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ギャッチベッド <input type="checkbox"/> 電動ギャッチベッド <input type="checkbox"/> ふとん <input type="checkbox"/> 他() 除圧マットやエアマットの使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		ベッドの乗り降り	<input type="checkbox"/> できる (<input type="checkbox"/> 右側から <input type="checkbox"/> 左側から) <input type="checkbox"/> できない		
		体位交換	<input type="checkbox"/> 自分で寝返りできる <input type="checkbox"/> 体位交換に一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 体位交換は全て介助が必要 ビーズパッドやクッション等の使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
施設処理欄 (課題評価)	※施設で記入するので、記入しないでください。				
3	更衣・洗面や整容など	服の着替えは	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備の介助が必要 <input type="checkbox"/> 着脱に多少の介助が必要 <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要		
		介助が必要なところは	<input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> ズボン <input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的にお書きください)		
		更衣の介助内容は			
		洗面は	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 洗面所までの誘導が必要 <input type="checkbox"/> 洗面動作の指示が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 物品の準備・始末が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ・管理が必要		
		結髪□整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助		
		髭剃り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助		
施設処理欄 (課題評価)	※施設で記入するので、記入しないでください。				
4	入浴と清潔の保持	入浴形態は	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所入浴 <input type="checkbox"/> 一般施設入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他()		
		頭やからだを洗うことは	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴していない		
		陰部洗浄は	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴時の介助内容は	(具体的にお書きください)
		施設処理欄 (課題評価)	※施設で記入するので、記入しないでください。		

C:精神状況について

1	生活上差し障りのある物忘れが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
2	その物忘れを自覚していないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
3	周囲のことに無関心な状態が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
4	ものを盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
5	作り話をしているいろいろ混乱させることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
6	たえず身体の痛みを訴えることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
7	実際にはないものが見えたり聞こえたりすることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
8	よく独り言を言っていることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
9	泣いたり笑ったり、感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
10	夜眠れないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
11	昼間眠りがちになることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
12	乱暴な言葉をいうことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
13	乱暴な行動をとることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
14	くり返し同じ話をしたり、音をたて続けることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
15	大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
16	助言や介助に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
17	目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
18	一人で交通機関を使うことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
19	「家に帰る」などと言って落ち着かなくなるのが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
20	外出すると家に帰ってこられなくなるのが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
21	一人で外に出たがるため目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
22	色々な物を集めたり、無断で持ってくるのが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
23	火の始末や火の元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
24	衣服を着せても脱いでしまうことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
25	物を壊したり、衣類を破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
26	排泄物(尿や便)をいじってしまうことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
27	トイレ以外の場所(オムツを除く)で排泄してしまうことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
28	食べられないものを口に入れてしまうことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
29	周囲が迷惑している性的行動が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
30	転倒防止等の為、身体拘束をされている(いた)ことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
31	その他	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない

32	精神状況の特記事項があればご記入ください			
----	----------------------	--	--	--

施設処理欄 (課題評価)				
-----------------	--	--	--	--

※施設で記入するので、記入しないでください。