ショートステイ仁誠館国府　アセスメントシート　　利用者様名

当てはまる項目に〇を付けて下さい。

1.食事の状況はどの様な感じですか？

主食(ご飯)について	①普通の米飯　②軟飯　③お粥　④ミキサー食　⑤流動食
おかずについて	①普通食　②一口大　③きざみ食　④ミキサー食　⑤流動食
カロリー制限はありますか？	①ある(一日　　カロリー)　②ない
食べられないものやアレルギー等で禁止されている食べ物はありますか？	①ない ②ある(食べ物名　　)
食事は自分で食べられますか？	①食べられる　②声掛けや促しが必要 ③一部介助が必要　④全て介助が必要
飲み込みはどうですか？	①特に問題ない　②時折詰まらせる事がある　③よく詰まらせる
ムセる事はありますか？	①ない　②時折ムセる事がある　③よくムセる
ムセ防止の為にトロミは使用していますか？	①使用している　②使用していない
歯はどうですか？	①自分の歯　②部分義歯(入歯)　③総義歯
食後の口のお手入れはどうしていますか？	①出来る　②準備をすれば出来る　③義歯を洗う等の介助が必要 ④全てにおいて介助が必要　⑤手入れは特にしていない
朝食時に付く飲み物は左のうちどれが望ましいですか？	①牛乳　②ヤクルト　③野菜ジュース ④お茶　⑤何でもよい
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(好き嫌い等)	

2.お身体の動きや状況についてはどうですか？

普段の移動はどのような形で行っていますか？	①一人で歩く　②杖やシルバーカーを使用して歩く ③手すり等につかまって歩く　④介助者が手を引いて歩く ⑤車椅子を使用(A自分で操作する　B介助者が押して移動)
最近、ふらつきや転倒はありましたか？(複数回答可)	①ない　②時々ふらつきがある　③よくふらつく ④最近転倒した事があった　⑤再々転倒している
布団やベッドからの起き上がりはどうされていますか？	①自分でできる　②ベッド柵等につかまってしている ③介助があればできる　④できない
座っている事はできますか？	①できる　②何かにつかまっていればできる ③背もたれがあればできる　④できない
椅子やベッドから立ち上がる事はできますか？	①できる　②何かにつかまっていればできる ③介助があればできる　④できない
ベッドで横になっている際に寝返りはできますか？	①できる　②何かにつかまればできる ③介助があればできる　④できない
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(注意点等あれば)	
麻痺はありますか？	①ない　②ある⇒上肢(右　左)　③下肢(右　左)
拘縮はありますか？	①ない　②右側にある(　肩　肘　膝　足　手　) ③左側にある(　肩　肘　膝　足　手　)

3.排泄(トイレ事情)についてはどうですか？

日中排泄はどのようにして行っていますか？	①自分でトイレに行っている　②介助があればトイレで排泄できる ③自分で尿器等を使用している。 ④オムツを使用している
夜間排泄はどのようにして行っていますか？	①自分でトイレに行っている　②介助があればトイレで排泄できる ③自分で尿器等を使用している。 ④オムツを使用している
尿意・便意はありますか？	①ある　②ある時とない時がある　③ない
尿失禁・便失禁はありますか？	①ある　②時々ある　③ない
普段トイレに行く回数は？	日中(　回くらい)　夜間(　回くらい)
排便はどのくらいの頻度ですか？	①毎日ある　②定期的にある(　日に1回)　③不定期 ④中々ない　⑤分からない・把握していない
現在、下剤や浣腸を使用していますか？	①使用していない　②時々下剤を使用している。 ③毎日下剤を使用している。 ④浣腸を使用して排泄している
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(便秘症、下痢等)	

4.入浴の様子はどうですか？

普段はどこで入浴されていますか？	①家で一人で入っている　②訪問入浴　③介護施設等
その際の入浴形態はどのような ものですか？	①一般的なお風呂　②機械浴(寝て入浴するタイプ) ③デイサービス等の大浴場　④中間浴(椅子に座って入浴するタイプ)
頭や身体はどの様に洗っていますか？	①自分で洗っている　②多少の介助が必要　③全て介助が必要
衣服の脱ぎ着はどうですか？	①自分で脱ぎ着している　②多少の介助が必要　③全て介助が必要
上記以外に伝えておきたい事は ありますか？(長風呂、風呂嫌い等)	

5.コミュニケーションの様子はどうですか？

目はどのくらい見えますか？	①特に問題ない　②眼鏡を使用している　③見えにくい　④全く見えない
耳はどのくらい聞こえますか？また どの様にして会話していますか？	①特に問題ない　②補聴器を使用している　③大きな声なら聞こえる ④ほとんど聞こえない(筆談を用いている・手話を用いている・何もない)
お話はできますか？	①特に問題ない　②言葉が出ない事が時々ある　③中々聞き取れない ④ゆっくりなら話せる　⑤話せない(筆談・手話・身振り手振り等)
上記以外に伝えておきたい事は ありますか？	

6.夜間帯の睡眠の様子はどうですか？

夜間はよく眠られていますか？	①よく眠っている　②時々起きる　③昼夜逆転でほとんど寝ない
眠剤は使用していますか？	①使用していない　②必要時に使用している　③毎日使用している
上記以外に伝えておきたい事は ありますか？(徘徊や独語等)	

7.現在の体調はどうですか？

現在行っている処置はありますか？	①ない　②ある(処置の種類等　　)
主な既往歴	
普段の平均的な体温・血圧・脈拍は？	①体温　　②血圧　　／　　③脈拍

8.今現在見られる周辺症状について当てはまるものを〇で囲んで下さい(複数回答可)

①せん妄　②被害妄想　③幻覚・幻聴　④徘徊　⑤暴力行為　⑥過食・異食行為 ⑦不潔行為　⑧夜間徘徊　⑨自傷行為　⑩不穏状態(落ち着きがない)　⑪意欲低下 ⑫大声　⑬老人性そう・うつ病　⑭帰宅願望　⑮介護抵抗	
上記に当てはまる周辺症状に対して 何か受診し、処方・服薬をしていますか？	①ある(病院・薬名　　) ②ない

9.普段の1日の生活リズムについてお聞きします。

	0時	6時	12時	18時	21時
生活状況					

上の表の時間が合うところに1日の日課(起床・食事・排泄・日中の過ごし方・就寝等)を
大体の分かる範囲で書き込んで下さい。

10.性格面や趣味嗜好について

性格はどのような特徴がありますか？ 若い頃の職業や趣味は何ですか？ 今現在、趣味や生活の中で楽しみにして いる事はありますか？特技などは？	

ご記入ありがとうございました。