

アセスメント総括表

施設No.		施設名	みかんの丘	CaseNo.		記入日	H26	年	2	月		日
-------	--	-----	-------	---------	--	-----	-----	---	---	---	--	---

※□印の選択項目は、該当するものを■に書き換えてください。

イニシャル		記入者		アセスメント実施日								
基本項目	水分量	600	ml	食事栄養量		栄養量	Kcal					
	活動量	離床時間	13時間ほど			日中ほぼ離床	形態	■常食 □常食外()				
		運動体操	4回/週			デイサービス利用	外出	4回/月				
	生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 日中不規則 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転										
	意識レベル	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 活動時以外低下 <input type="checkbox"/> 終日低下										
歩行移動	屋内歩行移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> W/C併用 <input checked="" type="checkbox"/> 全W/C <input type="checkbox"/> 寝たきり										
		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> T杖 <input type="checkbox"/> 介助・つかまり <input type="checkbox"/> 補助員なし										
	屋外歩行移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> W/C併用 <input checked="" type="checkbox"/> 全W/C <input type="checkbox"/> 行わず										
		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> T杖 <input type="checkbox"/> 補助員なし										
排泄	排便	回数	2~3 回/日		下剤	□なし あり		便意	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり			
		場所	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他()									
		用具	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他(リハパン・尿取りパット)									
		規則性	排便日	□ほぼ等間隔 <input type="checkbox"/> 不規則			時間帯	□ほぼ一定 <input type="checkbox"/> 不定				
	日中排尿	用具	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> リハパンツ <input checked="" type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()									
		場所	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他()									
		回数	30分ごとに		失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> ほとんど失禁						
		誘導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 適宜			失敗	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼなし <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 2/3以上					
		外出時の失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全量失禁			外出時間	0時間					
	夜間排尿	用具	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> リハパンツ <input checked="" type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()									
場所		<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他()										
回数		頻回 回		失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> ほとんど失禁							
誘導		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 適宜			失敗	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼなし <input type="checkbox"/> ほとんど失禁						
摂食嚥下	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(□水分 □固形物 <input checked="" type="checkbox"/> 両方)					胃ろう経管	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		(頻度) <input checked="" type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎飲食時										
	口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 清潔とはいえない <input type="checkbox"/> 不潔										
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 必要あるも使用せず <input type="checkbox"/> 必要なし(自歯)										
他の要介助ADL		<input checked="" type="checkbox"/> 着替え(□上 □下 <input checked="" type="checkbox"/> 両) <input checked="" type="checkbox"/> 洗面 <input checked="" type="checkbox"/> 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴										
認知症状		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり										