

焼津市 二次アセスメントシート



記入日 年 月 日

担当：

NO

利用者氏名		生年月日		(歳) 年 月 日																																																									
I. 健康状態等																																																													
1	●主訴		●本人の意向 ●家族の状況・意向																																																										
2	痛み・しびれ 部位・程度 できない・困っていること 場面・対処																																																												
	① ② ③																																																												
	医療リハ： ☐ 有 回/月 ☐ 無		マッサージや整骨院： ☐ 有 回/月 ☐ 無																																																										
	歯科医院への定期受診： ☐ 有 回/年 ☐ 無																																																												
3	お薬手帳を利用している		☐ はい ☐ いいえ																																																										
4	眠れないことがある (睡眠薬の内服 ☐ 有 回/週 ☐ 無)		☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい																																																										
5	視力が、日常生活に支障がある		☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい																																																										
6	聴力が、日常生活に支障がある		☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい																																																										
7	コミュニケーションが、日常生活に支障がある		☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい																																																										
8	平常時の血圧 (/ mmHg)																																																												
9	身長 (cm) 体重 (Kg) BMI ()		計測日 (年 月)																																																										
10	運動について、医師から制限されている		☐ いいえ ☐ はい																																																										
11	他に医師から注意を受けていることがある		☐ いいえ ☐ はい ()																																																										
12	1日の流れ (食事の時間・回数、起床・入浴・就寝時間) 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2																																																												
II. 本人の意欲				改善の余地 備考																																																									
13	意欲	ご自身や家族のためにしていることや心がけていることがある 今より、元気になりたい これからやってみたいことがある どんなことをやってみたいですか	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ																																																										
III. ADL				改善の余地 備考																																																									
14	起居・移動	起き上がりはできますか(ベッド・布団) 一人で床に座れて、立てますか 歩行補助具 () ・無 ①屋内 ②屋外15分 片足立ちはできますか (秒程度できる)	☐ できる ☐ できない ☐ できる ☐ できない ☐ できる ☐ できない ☐ やらない ☐ できる ☐ できない ☐ やらない ☐ できる ☐ 支えがあれば可 ☐ できない																																																										
15	食事	食欲がある (食事が楽しみ) 食事内容 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">朝</th> <th colspan="2">昼</th> <th colspan="2">夕</th> <th>おやつ他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐牛乳</td> <td>☐肉</td> <td>☐牛乳</td> <td>☐肉</td> <td>☐牛乳</td> <td>☐肉</td> <td>☐乳製品</td> </tr> <tr> <td>☐乳製品</td> <td>☐魚</td> <td>☐乳製品</td> <td>☐魚</td> <td>☐乳製品</td> <td>☐魚</td> <td>☐果物</td> </tr> <tr> <td>☐卵</td> <td>☐大豆製品</td> <td>☐卵</td> <td>☐大豆製品</td> <td>☐卵</td> <td>☐大豆製品</td> <td>☐菓子</td> </tr> <tr> <td>☐野菜</td> <td>☐ごはん</td> <td>☐野菜</td> <td>☐ごはん</td> <td>☐野菜</td> <td>☐ごはん</td> <td>☐アルコール</td> </tr> <tr> <td>☐イモ類</td> <td>☐パン</td> <td>☐イモ類</td> <td>☐パン</td> <td>☐イモ類</td> <td>☐パン</td> <td>☐その他</td> </tr> <tr> <td>☐果物</td> <td>☐麺類</td> <td>☐果物</td> <td>☐麺類</td> <td>☐果物</td> <td>☐麺類</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>☐汁物</td> <td>☐飲料</td> <td>☐汁物</td> <td>☐飲料</td> <td>☐汁物</td> <td>☐飲料</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	朝		昼		夕		おやつ他	☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 乳製品	☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 果物	☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 菓子	☐ 野菜	☐ ごはん	☐ 野菜	☐ ごはん	☐ 野菜	☐ ごはん	☐ アルコール	☐ イモ類	☐ パン	☐ イモ類	☐ パン	☐ イモ類	☐ パン	☐ その他	☐ 果物	☐ 麺類	☐ 果物	☐ 麺類	☐ 果物	☐ 麺類	()	☐ 汁物	☐ 飲料	☐ 汁物	☐ 飲料	☐ 汁物	☐ 飲料		☐ ある ☐ 少しある ☐ ない		
朝		昼		夕		おやつ他																																																							
☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 牛乳	☐ 肉	☐ 乳製品																																																							
☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 乳製品	☐ 魚	☐ 果物																																																							
☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 卵	☐ 大豆製品	☐ 菓子																																																							
☐ 野菜	☐ ごはん	☐ 野菜	☐ ごはん	☐ 野菜	☐ ごはん	☐ アルコール																																																							
☐ イモ類	☐ パン	☐ イモ類	☐ パン	☐ イモ類	☐ パン	☐ その他																																																							
☐ 果物	☐ 麺類	☐ 果物	☐ 麺類	☐ 果物	☐ 麺類	()																																																							
☐ 汁物	☐ 飲料	☐ 汁物	☐ 飲料	☐ 汁物	☐ 飲料																																																								
		栄養補助食品やサプリメント等をとっていますか ☐ いいえ ☐ はい ()																																																											
		食べにくい食材がある ☐ いいえ ☐ はい ()																																																											
16	水分	1日にとる水分 (飲水量) ☐ 500cc未満 ☐ 500~999cc ☐ 1000cc~1499cc ☐ 1500cc~ ☐ お茶 CC ☐ お水 CC ☐ その他 () CC																																																											

17	排泄	トイレに間に合わなくて、失敗することがある	☐ いいえ ☐ はい(ハット・失禁パンツ使用)		
		排尿： 日中 回 夜間 回	利尿剤服用 ☐ 無 ☐ 有		
		排便： 日に1回	便秘薬服用 ☐ 無 ☐ 有		
18	口腔	毎日、歯磨き（義歯洗浄含む）をしている	☐ はい (回/日) ☐ いいえ		
		入れ歯を使用している	☐ いいえ ☐ はい		
		義歯が合わない	☐ いいえ ☐ はい		
		よくむせる	☐ いいえ ☐ はい		
		口が渇く	☐ いいえ ☐ はい		
19	入浴	一人で浴槽をまたぐことができますか	☐ できる ☐ できない		
		一人で洗身できますか	☐ できる ☐ できない		
20	着替え	一人で着替えはできますか	☐ できる ☐ できない		
IV. IADL				本人がしていない場合は誰がしているか？	改善の余地 備考
21	掃除	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 自室のみ ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ その他 ()	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
22	洗濯	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 洗濯機の操作 ☐ 洗濯物を干す ☐ 取り込む ☐ たたむ ☐ 整理する	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
23	金銭管理	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 全て管理 ☐ こづかい程度のみ管理 ☐ 銀行に行く／出入金	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
24	買物	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 買うものを決める ☐ 荷物を持って帰る ☐ 荷物は配達便を利用する ☐ 注文配達	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
25	炊事	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 炊飯 ☐ 簡単な食事の用意 ☐ ガス(IH)調理器使用 ☐ 温め ☐ 配膳・下膳 ☐ 食器洗い	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
26	ごみ出し	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 分別する ☐ まとめる ☐ 集積所まで運ぶ (☐ 一部 ☐ 全部)	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
27	薬の管理	☐ できる ☐ できない ☐ やらない	☐ 自己管理 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 声かけ ☐ 拒否	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	
28	外出手段 (該当手段に☑)	☐ 徒歩 ☐ 車 ☐ バイク ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 家族送迎 ☐ その他 ()			
V. 認知				改善の余地	備考
29	認知	物忘れが気になる	☐ いいえ ☐ はい		
		物の置忘れが増えていると感じることがある	☐ いいえ ☐ はい		
		新しいこと(人や物の名前など)が覚えにくい	☐ いいえ ☐ はい		
VI. 社会との関わり（外出・社会交流・役割）、居住環境				改善の余地	備考
30	社会との関わり	1週間の外出頻度	☐ 毎日 ☐ 3回程度 ☐ 1回程度 ☐ どこにも外出しない日がある		
		地域の活動に参加していますか	☐ 週1回以上 ☐ 月1回程度 ☐ 通っていない		
		地域の活動に参加してみたいですか	☐ はい () ☐ いいえ		
		1週間に（親戚・友人）と連絡を取る頻度	☐ 毎日 ☐ 3回程度 ☐ 1回程度 ☐ ほとんどしない		
		家庭等での役割がある	☐ はい () ☐ いいえ		
31	居住環境	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところがある	☐ いいえ ☐ はい		
		☐ 玄関 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ 屋内階段 ☐ 屋外階段 ☐ 台所 ☐ その他 ()			
		自宅周囲の環境で不自由なところがある	☐ いいえ ☐ はい		
		☐ 買い物できる場所がない ☐ 地域活動の場が遠い ☐ バス停や駅が遠い ☐ その他 ()			
VII. その他					
●特記事項					

