

# 四国中央市介護予防ケアマネジメントアセスメントシート

別紙1

被保険者番号：

氏名：

実施日： 年 月 日

領域	アセスメント項目		本人の意向、希望等
運動・移動	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	関節等の可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）	
	（イスからの）立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	歩行レベル（屋内）	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や手すりなどがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	歩行レベル（屋外）	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や歩行器などがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	つまづきや転倒	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（場所等： ）	
	日用品を買う店まで	<input type="checkbox"/> 行ける（手段： ） <input type="checkbox"/> 付き添いを頼む <input type="checkbox"/> 行けない	
	かかりつけ医まで	<input type="checkbox"/> 行ける（手段： ） <input type="checkbox"/> 付き添いを頼む <input type="checkbox"/> 行けない	
日常生活（家庭）	買い物	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない	
	調理	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない	
	食事	<input type="checkbox"/> 3食/日 <input type="checkbox"/> 2食/日 <input type="checkbox"/> 1食/日 <input type="checkbox"/> その他 食/日	
	食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない	
	洗濯	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない	
	掃除	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない	
	ゴミだし	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない	
	家族状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 同居者が障害・疾病・介護が必要な状態	
社会参加・対人関係・コミュニケーション	日中、過ごす相手は	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人等 <input type="checkbox"/> ほとんど1人で過ごす	
	外出する頻度（通院以外）	<input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない	
	外出の目的	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> 地域活動（老人会、サロンなど） <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 仕事やボランティア <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	家族・友人との連絡頻度	<input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> 気にしている <input type="checkbox"/> 気にならなくなった	
健康管理	受診の状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診 <input type="checkbox"/> 必要時に受診 <input type="checkbox"/> 受診していない	
	年1回の健康診断	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
	医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> 制限されていない <input type="checkbox"/> 制限されている	
	その他医師からの注意	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 注意を受けている（ ）	
	服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 指示があれば飲める <input type="checkbox"/> 他の人が管理 <input type="checkbox"/> できない	
	口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> くちの湯き	
	歯の手入れ（義歯含む）	<input type="checkbox"/> している（ 回/日） <input type="checkbox"/> していない	
	排泄	<input type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 気がかりなこと（ ）	
	入浴	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 見守りや協力を得てしている <input type="checkbox"/> していない 場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない	
睡眠の状況	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある（睡眠薬服用 有・無）		
その他	物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり	
	悪徳商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験あり	
	金融機関や市役所の手続き	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 尋ねながらしている <input type="checkbox"/> 家族等に任せている	
身の回りのことで不自由に感じていること、その原因は何だと思いますか？			
これからの目標（どんな生活を送りたいですか？どんなことをしたいですか？）			
1日			
1年			