

# アセスメントシート①

平成 年 月 日

|                 |            |   |   |  |                   |
|-----------------|------------|---|---|--|-------------------|
| ふりがな            |            |   | 性別  | 住所 〒   |                   |
| 氏名              | 様          |   | 男・女   |  |                   |
| 生年月日            | M・T・S・H    | 年   | 月   | 日  | 歳                 |
| TEL             |            | /FAX  |   |  |                   |
| 緊急連絡先           | 氏名         | 続柄  |   | 家族構成   |                   |
|                 | 様          |   |   |  |                   |
|                 | 住所 〒       |   |   |  |                   |
|                 | TEL        |   | 携帯  |  |                   |
| バイタル<br>(平均)    | 血圧<br>mmHg | 脈拍<br>回/分   | SpO2<br>%   |  |                   |
| 身長              | cm         | 体重  | kg  |  |                   |
| 施設名             |            |   |   |  | 一日の流れ             |
| 住所              | 〒          |   |   |  | 朝食: 時 昼食: 時 夕食: 時 |
|                 |            |   |   |  | 起床: 時 就寝: 時       |
|                 |            |   |   |  | 入浴: 時 頻度: 回/週     |
| TEL/FAX         |            |   |   |  | 食事形態              |
| 担当者             | 様          |   | 職種  | アレルギー物質と症状   |                   |
|                 |            |   |   | ・普通 ・一口大 ・きざみ<br>・ペースト ・とろみ<br>・経管(胃 ・ 鼻)<br>(他 )  |                   |
| 現病歴・既往歴・現在の治療状況 |            |   |   |  | 介護度               |
| 年月日             | 病名         | 経過  | 治療内容  | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2<br><input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2<br><input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4<br><input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし |                   |
|                 |            | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 観察中<br><input type="checkbox"/> 完治 |   | <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし  |                   |
|                 |            | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 観察中<br><input type="checkbox"/> 完治 |   | 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> なし   |                   |
|                 |            | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 観察中<br><input type="checkbox"/> 完治 |   | 級  |                   |
| 内服薬/処方箋のコピーでも可  |            |   | 医学的管理   |  |                   |
|                 |            |   | <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 吸引処置<br><input type="checkbox"/> 吸入療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> インシュリン<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理<br>( ) |  |                   |