

## アセスメントシート②

	自立	見守り	一部介助	全介助	非実施	補助具	備考
屋内移動							
屋外移動							
階段昇降							
移乗							
食事動作							
排泄動作(昼)							
排泄動作(夜)							
整容							
更衣							
入浴							
外出							
寝返り							
起き上がり							
座位							
立ち上がり							
立位							
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> とれない <input type="checkbox"/> こちらの配慮が必要 ( )				<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> なし ( )		
視力・聴力	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲				聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
排泄の頻度	・排尿 昼間 ____時間おき/夜間 ____時間おき ・尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・排便 ____回/週						
耐久性	連続歩行時間 _____(分・時間) 連続座位保持時間 _____(分・時間)						
車椅子	<input type="checkbox"/> 本人用あり ( <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> リクライニング ) <input type="checkbox"/> 本人用なし <input type="checkbox"/> 施設などからレンタル可能 ( <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> リクライニング )						
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
備考							
精神状態	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> うつ						
対応時に注意すべき点、ご本人様の性格など							