

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 | | | | | | | |