

アセスメントシート

患者氏名 () 様

作成日：令和 年 月 日

食 事	種 類	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食（全粥・7分・5分・3分） <input type="checkbox"/> 禁食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> 治療食（ ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻管 <input type="checkbox"/> 腸瘻）（内容： ）	
	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配膳セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（STの介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）	
清 潔	方 法	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴（ <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴）	
	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更 衣	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
服薬管理	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認 <input type="checkbox"/> 1日渡し <input type="checkbox"/> 1回渡し <input type="checkbox"/> 内服薬なし	
移 動	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	転倒リスク	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（転倒歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	
身体機能	麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上肢 右・左 <input type="checkbox"/> 下肢 右・左）	
	その他		
排 泄	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ	
	状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 尿失禁（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 便失禁（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	
コミュニケーション	●言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	●視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	●難 聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左）	
	●精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 認知症（Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ）	
	●意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 JCS（ ） - （ ）	
	●危険行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> その他： ）	
	●その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
処 置	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： 処置方法： ）	
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ） <input type="checkbox"/> NPPV <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 注射（ <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> その他： ） <input type="checkbox"/> 創処置	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日： / ）		
キーパーソン			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
転院時移動	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 民間救急車		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室		
特記事項			