

予防プラン アセスメントシート

実施日:

氏名

様 年齢()

認定等級:

1.運動・移動について

自宅内の歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 要介助	転倒(多・少・無)	課題・ニーズ 本人・家族意向
屋外の歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 近隣のみ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 要介助	時間・距離	
外出頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日程度 <input type="checkbox"/> 4~5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	主な行先	
就寝時	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 簡易ベッド <input type="checkbox"/> 家具ベッド <input type="checkbox"/> 介護ベッド	起き上がり	
継続した痛み	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない	箇所	拘縮・麻痺 右手 左手 右足 左足
その他			

2.日常生活(家庭生活)について

掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない	洗濯頻度 掃除内容	課題・ニーズ 本人・家族の意向
調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 温めのみ <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 弁当利用	内容	
買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自身で考え頼む <input type="checkbox"/> 人に任せる	支援者	
ゴミ捨て	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 家族支援	可燃ごみ:() 不燃ごみ:()	週間予定
書類・郵便管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自身で考え頼む <input type="checkbox"/> 人に任せる	支援者	日 月 火 水 木 金 土
預貯金出し入れ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自身で考え頼む <input type="checkbox"/> 人に任せる	支援者	
その他			

3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

家族関係	<input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 薄い	(同居・別居) 頻度	課題・ニーズ 本人・家族の意向
友人・近隣	<input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 薄い	相手・関わり	
友人宅の往来	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	頻度	
家庭・地域での役割	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	内容	キーパーソン
老人クラブ サロン等の参加	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	参加の状況	家族構成・エコマップ
趣味・楽しみ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	内容(過去・現在)	
その他			

4.健康管理について

定期的な受診	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	内容・手段	課題・ニーズ 本人・家族の意向
服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 稀に忘れる <input type="checkbox"/> できない	方法・見守り有無	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> パット・リハパン <input type="checkbox"/> 管理不可	頻度・内容	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	頻度・介助内容	
喫煙・飲酒	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒内容	
睡眠	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	時間・リズム・眠剤	既往歴
身長・体重	身長() 体重()	体重増減	
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯	口腔ケアの状況、入れ歯具合	
その他			主治医