

介護予防アセスメント項目

| | | |
|--------|-----------------|---|
| 基本項目 | 訪問年月日 | 年 月 日 (回) 訪問者氏名 |
| | 受付経路 | 本人・家族・高齢支援係・福祉事務所・在宅介護支援センター 医療機関・民生委員・近隣者・その他 () |
| | 対象者 | 氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日生 _____ 歳 |
| | 緊急連絡先 | ① 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話 (自宅) _____ (携帯) _____ ② 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話 (自宅) _____ (携帯) _____ |
| | 聞き取り相手 | 本人・家族 (続柄 _____) ・他 (_____) 氏名 |
| | 相談内容 | (_____) |
| | 経済状況 | 家族からの経済的援助 1. あり (_____) 2. なし 対象者の収入 _____ 年金 (_____) ・その他 (_____) 対象者の収入月額 (_____ 円) [経済的問題: _____] |
| | 運転免許証 | 1. あり (本人 ・ 配偶者 ・ 家族 _____) 2. なし |
| | 現在利用しているサービスの状況 | 1. あり (サービス名 _____ : 利用頻度 _____) (サービス名 _____ : 利用頻度 _____) (サービス名 _____ : 利用頻度 _____) 2. なし |
| 家族状況 | 家族構成 | 1. 単身 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他 (_____) |
| | 住宅形態 | 一軒屋 (平屋・ _____ 階建) 集合住宅 (平屋・ _____ 階建 _____ 階) |
| 健康管理状況 | 治療状況 | 1. 治療している かかりつけ医① (_____) 通院 (定期 ・ 不定期) 病名 (_____) 通院回数 (_____ 回/月・週) 通院方法 (_____) かかりつけ医② (_____) 通院 (定期 ・ 不定期) 病名 (_____) 通院回数 (_____ 回/月・週) 通院方法 (_____) 2. 治療していない |
| | 服薬の状況 | 定期服薬 1. あり (降圧剤・睡眠剤・精神安定剤・その他 _____) 2. なし 服薬管理 1. 一人のできる 2. 一部介助 3. できない |
| | 既往歴 | 1. あり (_____) 2. なし |
| | 栄養状態 | 食欲 1. あり 2. なし 栄養状態 1. 充足 2. 不足 (_____) 時間帯 1. 規則的 2. 不規則 (_____) 身長 _____ cm 体重 _____ kg |

| | | | | |
|--------|--|--|----|-----|
| 健康管理状況 | 視力 | 1. 支障なし 2. 支障あり () | | |
| | 聴力 | 1. 支障なし 2. 支障あり () | | |
| | 嗜好 | 喫煙 1. なし 2. あり (本/日) | | |
| | | 飲酒 1. なし 2. あり (ほぼ毎日・週 回・月 回) | | |
| 生活状態 | 1 | 1人で外出していますか (徒歩・自転車・バイク・自動車・バス・タクシー・電車) | はい | いいえ |
| | 2 | 日用品の買物をしていますか | はい | いいえ |
| | 3 | 家事(食事・洗濯・清掃など)は自分で行っていますか | はい | いいえ |
| | 4 | 火気の取扱いに不安はありますか | はい | いいえ |
| | 5 | 週に1回以上は外出していますか | はい | いいえ |
| | 6 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | はい | いいえ |
| | 7 | 預貯金の出し入れをしていますか | はい | いいえ |
| | 8 | 友人の家を訪ねていますか | はい | いいえ |
| | 9 | 自宅に友人や親族等が訪ねてきますか | はい | いいえ |
| | 10 | 家族や友人の相談にのっていますか | はい | いいえ |
| | 11 | 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか | はい | いいえ |
| | 12 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか | はい | いいえ |
| | 13 | 15分位続けて歩いていますか | はい | いいえ |
| | 14 | この1年間に転んだことはありますか | はい | いいえ |
| | 15 | 転倒に対する不安は大きいですか | はい | いいえ |
| | 16 | 6ヵ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか | はい | いいえ |
| | 17 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | はい | いいえ |
| | 18 | お茶や汁物等でむせることがありますか | はい | いいえ |
| | 19 | 口の渇きが気になりますか | はい | いいえ |
| | 20 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか | はい | いいえ |
| | 21 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | はい | いいえ |
| | 22 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | はい | いいえ |
| | 23 | 緊急時の連絡方法に不安はありますか | はい | いいえ |
| 特記事項 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%;"> 家族構成図 (必要に応じ記入) </div> </div> | | | |