

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 _____ c m 体重 _____ k g

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ヶ月で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	家族構成図(必要に応じ記入)			