

# 周南市版総合事業アセスメントシート

実施日	
提出日	

担当者	
所属	

対象者名	
介護度	

運動・移動	麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	関節の可動域制限	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	立ち上がり		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
	片足立ち		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	
	両足立位		<input type="checkbox"/> 支えなしでできる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	
	座位保持		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない
	連続5m歩行		<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
転倒		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 月1回未満	<input type="checkbox"/> 月1回以上		
日常生活	買い物		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
	調理		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
	洗濯		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
	掃除		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
	ゴミ出し		<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない	
	金銭管理		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
	サービス利用契約		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 第三者の同席が必要	<input type="checkbox"/> 契約内容が理解できない	
社会参加・対人関係・コミュニケーション	外出頻度		<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	
	視力		<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 活字が見えない	<input type="checkbox"/> (ほとんど)見えない	
	聴力		<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 大きい声なら聞き取れる	<input type="checkbox"/> (ほとんど)聞こえない	
	意思の伝達		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> (ほとんど)できない	
	毎日の日課の理解		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
	妄想		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある	
	認知症日常生活自立度		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> II以上		
	ひどい物忘れ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある	
	躁病・うつ病・躁うつ病		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	感情が不安定		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある	
健康管理	服薬管理		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	透析		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	酸素療法		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	排泄		<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 失禁あり	<input type="checkbox"/> 介助が必要	
	洗身		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない