|  |  |
| --- | --- |
| フェイスシート | **様式－１** |
| 施設名　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　 | 記入日　　年　月　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| イニシャル | 年齢 | 要介護度 | 寝たきり度 | 認知症度 |
|  | 男女 |  | 歳 |  |  |  |

**１．入所経過**

|  |
| --- |
| 生活歴・入所日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| 身長 | 　　　　　ｃｍ | 体重 | 　　　　　ｋｇ | ＢＭＩ |  |

**２．おむつ歴とその原因**

|  |
| --- |
|  |

**３．歩行歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 屋内歩行が出来なくなった時期 |  |
| 屋内歩行が介助を必要とするようになった時期 |  |

**４．疾病（治療中のものに○）　　　　　　　５．家族構成（介護者に○）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ＜内服薬＞ |  |  |
| アセスメント総括表 | **様式－２**施設名　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　　 |
|  |
| イニシャル　　　 | 実施者 | アセスメント実施日　　年　　月　　日 |
| 基本項目 | 水分量 |  | 食事栄養量 | 栄養量 |  | Kcal |
| ml | 形態 | □常食 | □常食外（　　　　　） |
| 活動量 | 離床時間 |  | 時間 | 外出 |  | 回／月 |
| 運動体操 | （　　 　　　　　　　　） | 回／週 | その他 |  | 回／月 |
| 生活リズム | □規則的 | □日中不規則 | □夜間不眠 | □昼夜逆転 |  |
| 意識レベル | □問題なし | □活動時以外低下 | □終日低下 |
| 歩行移動 | 屋内歩行 | □自立 | □見守り | □W/C併用 | □全W/C | □寝たきり |
| 移動 | □歩行器 | □ｼﾙﾊﾞｰｶｰ | □4点杖 | □T杖 | □介助・つかまり | □補助員なし |
| 屋外歩行 | □自立 | □見守り | □W/C併用 | □全W/C | □行わず |
| 移動 | □歩行器 | □ｼﾙﾊﾞｰｶｰ | □4点杖 | □T杖 | □補助員なし |
| 　排泄 | 排便 | 回　数 | 日／1回 | 下　剤 | □なし　□あり | 便　意 | □なし　□あり |
|  | 場　所 | □トイレ | □Pトイレ | □ベッド上 | □その他（　　　　　　） |
|  | 用　具 | □布パンツ | □おむつ | □その他（　　　　　　　　　） |
|  | 規則性 | 排便日 | □ほぼ等間隔 □不規則 | 時間帯 | □ほぼ一定　□不定 |
| 日中排尿 | 用　具 | □布パンツ　□リハパンツ　□尿パッド　□おむつ　□その他（　　　　） |
|  | 場　所 | □トイレ　　□Pトイレ　　 □ベッド上　□その他（　　　　） |
| 　　　 | 回　数 | 　　　　回 | 失　禁 | □なし　　□一部　　□ほとんど失禁 |
|  | 誘　導 | □なし　□時間　□適宜 | 失　敗 | □ほぼなし　□1/2　□2/3以上 |
|  | 外出時の失禁 | □なし | □一部 | □全量失禁 | 外出時間 | 時間 |
| 夜間排尿 | 用　具 | □布パンツ　□リハパンツ　□尿パッド　□おむつ　□その他（　　　　） |
|  | 場　所 | □トイレ | □Pトイレ | □ベッド上 | □その他（　　　　） |
|  | 回　数 | 回 | 失　禁 | □なし　□一部　□ほとんど失禁 |
|  | 誘　導 | □なし　□時間　□適宜 | 失　敗 | □ほぼなし　□ほとんど失禁 |
| 摂食嚥下 |  | む　せ | □なし | □あり（水分・固形物・両方） | 胃ろう経管 | □なし　□あり |
|  |  | （頻度） □ときどき □毎日 □毎飲食時 |  |
|  | 口　腔 | □清潔 | □清潔とはいえない | □不潔 |
|  | 口腔ケア | □自立 | □見守り | □一部介助 | □全介助 |
|  | 義　歯 | □適合良好 | □適合不良 | □必要あるも使用せず | □必要なし（自歯） |
| 他の要介助ADL | □着替え（上・下・両） | □洗面 | □整容 | □入浴 |
| 認知症状 | □なし | □あり |  |  |  |