|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |