|  |
| --- |
| フェイスシート |
| 氏名 | 性別 | 男・女 | 生年月日M・T・S・H　　年　　　月　　　日 |
| 血液型 |  |
| 住所 | TEL |
| 入所日（サービス利用開始日） 　　 年　　　　月　　　　日 |
| ≪家族構成・家族関係≫  |
| 緊急連絡先① | 緊急連絡先② |
| ≪生活歴≫ |
| ≪職歴≫ |
| ≪個人的な因子≫1. 趣味や好きなもの
2. 大切にしているもの
3. 性格
 |
| ≪病歴≫≪主治医≫ |
| ≪入所(またはサービス利用)の理由と経緯≫ |
| ≪経済的な情報≫ |
| ≪記入者≫　　　　　　　　　　　　　　　≪記入日≫　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　アセスメントシート＊定期的に内容を更新して使用のこと |
| 氏名 | 生年月日M・T・S・H　　年　　月　　日 | 年齢歳 | 記入日年　　月　　　日 |
| **1．基本情報【相談員・看護職】**※【　】内は主に記入を担当する職種を示す |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 障がい高齢者の日常生活自立度判定基準：
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：
3. 認知症関連の評価：

改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 　　点 ミニメンタルステート検査（MMSE）　　　 　　点1. 身体障がい者障害程度等級：
2. 介護認定：
3. 介護保険負担割合：
4. 介護保険減免：（有・無）
5. その他：
 |  |
| **2．既往歴・現病歴　【看護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
|  |  |
| **3．疾患や治療への理解　【看護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
|  |  |
| **4．本人・家族の思いや願い【相談員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| ①　本人の思いや願い：②　本人の目指すゴール：③　家族の思いや願い： |  |
| **5．金銭管理　【相談員】**  |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
|  |  |
| **6．終末期の希望　【相談員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| ①本人：②家族： |  |
| **7．病気・障害・与薬【看護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 現在の病気：
2. 内服薬等：
3. 病気の状況や障害の状況　(麻痺や拘縮等)：
4. 医療的処置・通院：
5. 感染症(　有・無　)　内容：
6. 食物・薬物アレルギー　(　有・無　)　内容：
7. リハビリテーション：【機能訓練指導員】
 |  |
| **8．認知機能　【看護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 疾患名：
2. 中核症状：(該当する症状に○)

記憶障害・実行機能障害・見当識障害・失念・失行・失認1. 行動・心理症状（BPSD）：(該当する症状に○)

妄想・徘徊・暴言・暴力・幻覚・幻聴・介護拒否・昼夜逆転帰宅願望・異食・失禁1. その他　(知的障害・発達障害等による症状等)：
 |  |
| **9．健康状態　【看護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. バイタルサインズ　（測定日）

体温　　　　　　　　度脈拍 回/分血圧　　　／　　　 mmHg呼吸回数　　　　回/分SpO2　 　　％1. 皮膚の状態：　(褥瘡の有・無　)
2. 体格・体型：

身長　　　cm体重　　　　kg　アルブミン値　 g/dl　ヘモグロビン値　　　　　g/dl　HbA1c　　　　　％血糖値　　　　　mg/dl1. 顔色・表情など：
2. その他

浮腫（むくみ）（　有・無　）：疼痛（　有・無　）部位：　　　　　　　　　　精神的な安定性など： |  |
| **10．コミュニケーション【機能訓練指導員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 耳の聞こえ：補聴器の使用（　有・無　）
2. 見え方：眼鏡の使用（　有・無　）

失語症　(有・無、タイプ：　　　　　　　　　　　　　　　　)1. 言葉は問題なく話せるか？（声の出方・大きさ・明瞭さ）

○言葉と意味が合っているか？○言葉の使い方の特徴○周りの音は聞こえるか？　1. 会話ができるか？

○言葉掛けに対してはっきりとした反応があるか？（相手の話を聞くことができるか）○相手の話に対して言葉を返すことができるか？○自分から会話ができるか？（療養者同士の会話や関係職員との関係）　　　　　　　　　　　　1. ジェスチャーで通じるか？
 |  |
| **11．要望や自己決定　【相談員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 要望や苦情などを伝えることができるか？
2. 自分から相談などができるか？
3. 自己選択ができるか？
4. 自己決定ができるか？
5. 信仰・意思決定を決める価値観・信念
6. キーパーソン：
7. 性格：
 |  |
| **12．一日の過ごし方・睡眠　【看護職・介護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 午前：
2. 午後：
3. 夜間：
 |  |
| **13．部屋の環境　【相談員】**  |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 部屋の場所：
2. ベッドの位置：
3. プライバシー（カーテンやドア、スクリーン等）：
4. 室温・湿度：
5. 採光（カーテンの有無）：
6. シーツの交換日：
7. 好みの枕やベッド上の配置：
8. 部屋に置いてあるもの：
9. その他　(在宅の場合、駐車場の位置等)：
10. 身の周りの見取り図　(居室の見取り図)：
 |  |
| **14．食事　【看護職・栄養士】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 食事の場所：
2. 義歯の使用（上下・部分・自分の歯）：
3. 食事の姿勢（ベッド上の体位：　　　　　　　　　　　　　　）

（車椅子座位・椅子座位・端座位）1. 食事の形態：
2. 治療食・制限食　(タンパク・塩分等の制限の有無)：
3. 嚥下の状態　(誤嚥のリスクの有無)：
4. 使用する福祉用具（スプーン・皿・エプロンなど）：
5. 一日のカロリー：
6. 普段の摂取量：
7. 食事以外に摂る水分の種類と量：
8. 好みの食べ物や飲み物：
9. 食事動作の状況：
10. 胃瘻の有無：
11. 飲酒・喫煙の有無：
12. その他：
 |  |
| **15．移動　【機能訓練指導員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 関節の拘縮・硬直の状況等：
	* 頸部の動き・肩や肘の動き・手や足の動き・股の動き・痛みの程度
	* 麻痺・拘縮・振戦（ふるえ）等の状態
2. ベッド上での寝返り：
3. ベッドからの起き上がり：（自力・一部介助・全介助）
4. 立ち上がり：（自力・一部介助・全介助）
5. 歩行：（自力・一部介助・杖や歩行器等の使用の有無）
6. 車椅子使用：（　有・無　）

車椅子移乗・移動の状況：（自力・一部介助・全介助）1. その他の移動（手段と方法）：
	* 食事・入浴・排泄場所への移動
2. 転倒リスクの有無：≪麻痺側等を記入≫

握力：右　　　㎏　　左　　　　㎏ |  |
| **16．排泄【介護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 排泄の場所（日中・夜間）：
2. 使用している排泄用具と種類　(日中・夜間)：

パット・リハビリパンツ・紙おむつ・その他　(　　　　)　1. 排泄感覚の有無：

尿意（有・無）便意（有・無）緩下剤・浣腸等の使用（有・無）： |  |
| **17．衣生活【介護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 普段の服装：
2. 好みの服装：
3. 肌着・下着の特徴：
4. 靴下（形状・素材）：
5. 履物の種類：
6. 普段着の形状・素材：
7. 着替えの頻度：
8. 着脱動作の状況(上衣・下衣)：
9. 履物の着脱動作の状況：
10. 洗濯：
11. その他：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| **18．清潔　【介護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 洗面：
2. 整髪：
3. 口腔ケアの状況：
4. 入浴日：
5. 浴槽の種類：
6. 身体の洗い方などの状況：
7. 使用する物品等：
8. 入浴に要する時間：
9. 入浴後の過ごし方：
10. その他：
 |  |
| **19．役割・関係　/　活動・運動【介護職】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 他者との交流：
2. レクリエーション活動：
3. 個人活動・集団行動：
4. 行事への参加：
5. 本人の役割：
6. 家族のサポート：
7. その他：
 |  |
| **20．個人的な因子【相談員】** |
| 現状(事実) | アセスメント(留意点等) |
| 1. 余暇の過ごし方（趣味や好きな事等）：
2. なじみのものや道具(大切にしているもの)：
3. 価値観や習慣：
4. 性格・個性：
 |  |

|  |
| --- |
| 経過記録シート |
| 記入日：　　　年　　　月　　日 |
| 氏名担当ケアマネージャー担当看護職員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護職員 |
|  |  |
| 総合的な援助の方針： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ケアプランサービス項目** | **担当職** | **実施・未実施** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康** | **体温** | **血圧** | **脈** | **食事量（主食/副食）** | **水分摂取** | **体重** | **服薬管理** |
| 　　℃ |  mmHg | 　　回/分 | / | / | / | 　　ml |  kg | 実施・未実施 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **生活** | **処置** | **排泄ケア** | **清潔ケア** | **睡眠ケア** | **移動ケア** | **ﾚｸﾚｰｼｮﾝ** | **生活訓練** |
| 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施  |

【※上段の体温～体重については数値を記入・以下は実施又は未実施を記入】

| **時間** | **職種** | **項目\*** | **経過記録** | **担当者名** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＊ケアプランサービス項目の番号を記入してください。ケアプランサービス以外の場合は記入する必要はありません。

＊＊1日分（24時間）の経過記録となる様、必要に応じ欄を増やしてご使用ください。

|  |
| --- |
| ≪連絡事項・留意点≫記入者： |