



フェイスシート			
氏名	性別	男・女	生年月日
	血液型		M・T・S・H 年 月 日
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 ④ 身体障がい者障害程度等級： ⑤ 介護認定： ⑥ 介護保険負担割合： ⑦ 介護保険減免：(有・無) ⑧ 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】	



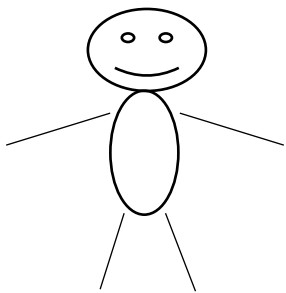
8. 認知機能 【看護職】	
現状(事実)	アセスメント(留意点等)
① 疾患名：  ② 中核症状：(該当する症状に○) <u>記憶障害・実行機能障害・見当識障害・失念・失行・失認</u>  ③ 行動・心理症状 (BPSD)：(該当する症状に○) <u>妄想・徘徊・暴言・暴力・幻覚・幻聴・介護拒否・昼夜逆転</u> <u>帰宅願望・異食・失禁</u>  ④ その他 (知的障害・発達障害等による症状等)：	
9. 健康状態 【看護職】	
現状(事実)	アセスメント(留意点等)
① バイタルサインズ (測定日) 体温_____度 脈拍_____回/分 血圧_____/_____mmHg 呼吸回数_____回/分 SpO <sub>2</sub> _____％ ② 皮膚の状態：(褥瘡の有・無 )  ③ 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/dl ④ 顔色・表情など： ⑤ 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：_____） ③ 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？ ④ 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） ⑤ 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） ④ 食事の形態： ⑤ 治療食・制限食（タンパク・塩分等の制限の有無）： ⑥ 嚥下の状態（誤嚥のリスクの有無）： ⑦ 使用する福祉用具（スプーン・皿・エプロンなど）： ⑧ 一日のカロリー： ⑨ 普段の摂取量： ⑩ 食事以外に摂る水分の種類と量： ⑪ 好みの食べ物や飲み物： ⑫ 食事動作の状況： ⑬ 胃瘻の有無： ⑭ 飲酒・喫煙の有無： ⑮ 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)
<p>① 関節の拘縮・硬直の状況等：  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 麻痺・拘縮・振戦（ふるえ）等の状態</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>⑦ その他の移動（手段と方法）：  <input type="checkbox"/> 食事・入浴・排泄場所への移動</p> <p>⑧ 転倒リスクの有無：            ≪麻痺側等を記入≫</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>握力：右 _____ kg    左 _____ kg</p>	
16. 排泄【介護職】	
現状(事実)	アセスメント(留意点等)
<p>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（            ）</p> <p>③ 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）：</p>	





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
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

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	レクリエーション	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	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：