

豊島区アセスメントシート

年 月 日記入

氏名※この事例は架空事例です 事例2 基本チェックリストだけでは把握が難しい事例		アセスメント実施者		
No	質問項目	回答		備考
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	No. 6-7-9に該当しているが、生活全般の低下は該当していない⇒習慣的な動作の場合が多く実際の能力と異なる場合あり。
2	日用品の買い物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="radio"/> 0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	
(No. 1~5の合計)		1/5		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="radio"/> 0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="radio"/> 0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="radio"/> 0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
No.6~10の計 3点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		運動機能 4/5		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	該当者には義歯の不具合・歯の欠損等だけでなく栄養状態の低下・既往歴や現病歴、内服薬など健康管理面の確認を行う
12	身長(      m)体重(      kg) BMI( 23 ) >18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))18.5未満なら該当	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
No.11~12の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		栄養改善 0/2		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
No.13~15の計 2点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		口腔ケア 3/3		
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	No.16の計 1点以上 <input type="checkbox"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
閉じこもり 1/2				
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	No.18~20の計 1点以上 <input type="checkbox"/>
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	<input type="radio"/> 1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
No.18~20の計 1点以上 <input type="checkbox"/>		物忘れ 0/3		
No.1~20の計 10点以上 <input type="checkbox"/>		No. 1~20の合計 生活全般 9/20		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	うつ傾向が強い場合、生活意欲が低下している場合が多く生活全般の項目や外出頻度等に影響していないか確認。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="radio"/> 1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	<input type="radio"/> 0. いいえ	
No.21~25の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		うつ・引きこもり 3/5		

※上記の□に該当の場合は総合事業対象 項目ごとの合計数を計画表に転記