

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 ICFの活用によりプランを変更した事例3		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	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	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	0. はい	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	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
No.6~10の計 3点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		運動機能 3/5		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長(m)体重(kg) BMI(20) >18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))18.5未満なら該当	1. はい	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	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
No.13~15の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		口腔ケア 0/3		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	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	1. はい	0. いいえ	
		閉じこもり 0/2		
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	1. はい	0. いいえ	
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	0. はい	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	1. はい	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 4/20		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
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	1. はい	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	1. はい	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	1. はい	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	1. はい	0. いいえ	
No.21~25の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		うつ・引きこもり 0/5		

※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