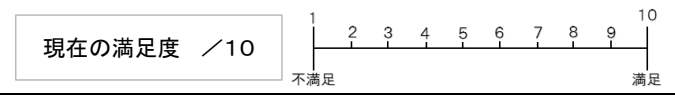
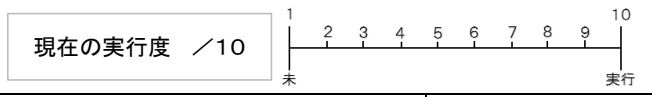


フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日	記載日 令和 年 月 日
------------	---------------------	-----------------



一年後になりたい姿	
-----------	--

運動・移動について

	質問項目	できない場合考えられる原因
外出	1 バスや電車で1人で外出していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・移動手段 <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩	
	・バスや電車の利用頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2~3回/月 <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> ない(ほとんどない)	
	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
基本動作	・階段を昇ることができる <input type="checkbox"/> つかまらずに昇れる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)	
	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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・仰向けから横向きになる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・背もたれなしで座る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 背もたれがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・座位から立位になる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
歩行	・立位保持が出来る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・ベッドから椅子に移ることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)	
	8 15分ぐらい続けて歩いていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・室内歩行ができる <input type="checkbox"/> 自立して歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 一人ではできない	
	・屋外歩行ができる <input type="checkbox"/> 自立して歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 一人ではできない	
	9 この1年間に転んだことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
・1年間に転んだ回数 <input type="checkbox"/> 1回以下 <input type="checkbox"/> 2~3回 <input type="checkbox"/> 4回以上		
・転んだ場所 <input type="checkbox"/> 屋内() <input type="checkbox"/> 屋外()		
・どんな状態で転んだのか ()		
10 転倒に対する不安は大きいですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
備考(主な支援者・支援の内容等)		

本人・家族の意向	
----------	--

支援の方向性	
--------	--

日常生活 (家庭生活について)

	質問項目	できない場合考えられる原因	
調理	・メニューを考える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・必要な食材・調味料を準備する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・自分で食事の支度をし、片付けができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・食材をカットできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・煮炊きができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・火気(ガスコンロ等)の取り扱い	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
洗濯	・洗濯物を手洗いでできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・洗濯機を利用し洗濯を行う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・洗濯物を干して、取り込むことができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
掃除	・掃除機を使って掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・雑巾を絞って拭くことができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・部屋のゴミを集めることができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・ゴミ収集所までゴミを持って行くことができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
買い物	2 日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・店まで移動する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・必要な品物をカゴ・カートに入れる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・代金の支払ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・買った物を持って帰る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
物品の整理	・布団の上げ下ろしができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・季節に応じた服の整理ができる(衣替えができる)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
管理	3 預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・出し入れも含めて自己管理が行える	<input type="checkbox"/> 通帳も含めて管理できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		
書類	・内容を理解して記載できる	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)		

本人・家族の意向	
----------	--

支援の方向性	
--------	--

社会参加・対人関係・コミュニケーション

	質問項目	できない場合考えられる原因
	4 友人の家を訪ねていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・家族や友人との交流はあるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	16 週に1回以上は外出していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・外出の頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2~3回/月 <input type="checkbox"/> 1回/月以下(ほとんどない)	
	・主な外出先 <input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ	
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	普段から地域の行事や趣味・仕事などを通して人との交流がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・地域活動への参加 <input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし	
	・趣味活動 <input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない	
	備考(外出の目的等)	
	認知面	
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・会話がまとまらない <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
・物の忘れが気になる <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
・電気器具の操作が出来る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない		
・火の不始末(鍋焦がし)の有無 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
・悪徳商法への注意 <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある		
・逆さキツネ(両手でキツネを作って逆さまに耳と耳を合わせる)ができるか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 声かけでできる <input type="checkbox"/> できない		
・自分の意思を伝えることができる <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない		
備考: 気になる言動等		

本人・家族の 意向	
--------------	--

支援の方向性	
--------	--

健康管理について (日常生活関連動作に含まれる項目あり)

	質問項目	できない場合考えられる原因
入浴	入浴を一人でできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・浴室内を移動できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・身体を洗う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・浴槽に入る、浴槽から出る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・身体を拭く <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・髪を洗う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	備考 (主な支援者・支援の内容)	
整容・更衣	整容が一人でできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・洗面ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・髪や髭の手入れができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・爪の手入れ・化粧ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・歯磨きができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・自分で衣服の着脱ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・TPO(時間・場所・場合)に応じた服に着替えができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
備考 (主な支援者・支援の内容)		
排泄	排泄が一人でできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・後始末をする(拭き取る) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	
	・排尿のコントロール <input type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 週1回未満の失敗がある <input type="checkbox"/> 毎日失敗がある	
	・排便のコントロール <input type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 週1回未満の失敗がある <input type="checkbox"/> 毎日失敗がある	
	備考 (主な支援者・支援の内容)	
栄養	自分で食べることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない	
	11 6ヶ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	身長 cm ・ 体重 kg (BMI =) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	
	・食事の回数 回/日 (規則的 ・ 不規則的)	
	・普段の食事内容： 朝食- 昼食- 夕食-	
	・食事制限がある場合 <input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の種類(糖分 塩分 蛋白質 その他)	
	肉や魚を食べる回数 <input type="checkbox"/> 1日1回以上食べる <input type="checkbox"/> 食べない日もある <input type="checkbox"/> 全く食べない	
	・以前と比べて食事量に変化がある <input type="checkbox"/> 増えている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている	
	・間食があるなし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある：内容()	
	・ふくらはぎが指で囲めるまたは隙間ができる <input type="checkbox"/> 囲めない・隙間ができない <input type="checkbox"/> 囲める・隙間ができる	
備考 (主な支援者・支援の内容)		

		質問項目		できない場合考えられる原因	
口腔	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 type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	・入れ歯は合っていますか？		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）		
	・口から食べ物がこぼれることがある		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある		
	14 お茶や汁等でむせることがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	・食べ物を飲み込むことができる		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない		
	・口の中に食べ物が残ることがある		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある		
	15 口の渇きが気になりますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	・以前と比較し味覚が変わった		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）		
・すっぱいものが上がってくることもある		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある			
備考（入れ歯の有無や歯科受診の有無・頻度等）					
疾患・服薬	定期的に医師の診察を受けていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	発症時期（年月日）	疾患名	医療機関名	自覚症状	治療の有無
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治
	痛みのある部位	痛みの程度	痛みの頻度	対処	
		<input type="checkbox"/> 自制的内 <input type="checkbox"/> 我慢できない			
		<input type="checkbox"/> 自制的内 <input type="checkbox"/> 我慢できない			
	・視力の程度		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 目の前は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
	・難聴の有無、補聴器の使用		<input type="checkbox"/> 難聴なし <input type="checkbox"/> 難聴あり（補聴器あり） <input type="checkbox"/> 難聴あり（補聴器なし）		
	・指示通りの服薬ができる（時間・量）		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない		
	21（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
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 type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
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 type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
24（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
25（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
備考（主治医から注意するように言われていること等）					

本人・家族の意向	
----------	--

支援の方向性	
--------	--