

フリガナ	生年月日 明・大・昭	記載日
氏名	年 月 日	平成 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 ハスや電車で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	
	・階段を昇ることができる <input type="checkbox"/> つがまらずに昇れる <input type="checkbox"/> つがまればできる <input type="checkbox"/> できない	
備考（主な支援者・支援の内容等）		
基本動作	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"/> つがまればできる <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"/> つがまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・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"/> つがまればできる <input type="checkbox"/> できない	
備考（主な支援者・支援の内容等）		
歩行	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	
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	
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 ・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 ・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 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	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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<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	整容を一人でできる	<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	排泄を一人でできる	<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 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- 嗜好品-		
	・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()		
	・ふくらみ指で開けるまたは隙間ができる <input type="checkbox"/> 開めない・隙間ができない <input type="checkbox"/> 開める・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	□いいえ □はい				
	・入れ歯は合っていますか？	□問題なし □問題あり ()				
	・口から食べ物がこぼれることがある	□なし □時々ある □よくある				
	14 お茶や汁等でむせることがありますか	□いいえ □はい				
	・食べ物を飲み込むことができる	□できる □できるが時間がかかる □できない				
	・口の中に食べ物が残ることがある	□なし □時々ある □よくある				
	15 口の渇きが気になりますか	□いいえ □はい				
	・以前と比較し味覚が変わった	□問題なし □問題あり ()				
	・すっぱいものが上がってくることもある	□なし □時々ある □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					□はい □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				□治療中 □経過観察 □完治	
	年 月 日				□治療中 □経過観察 □完治	
	年 月 日				□治療中 □経過観察 □完治	
	痛みのある部位	痛みの程度	痛みの頻度	対処		
		□自制内 □我慢できない				
		□自制内 □我慢できない				
	・視力の程度					□支障なし □目の前は見える □ほとんど見えない
	・難聴の有無、補聴器の使用					□難聴なし □難聴あり（補聴器あり） □難聴あり（補聴器なし）
・指示通りの服薬ができる（時間・量）					□できる □少しの支援でできる □できない	
21（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	□いいえ □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	□いいえ □はい					
23（ここ2週間）以前は薬にできていたことが今はおっくうに感じられる	□いいえ □はい					
24（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	□いいえ □はい					
25（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	□いいえ □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	
--------	--