

《療養状況アセスメントシート》

様式-ア

1. 心身の状況

患者氏名 \_\_\_\_\_

記録日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (訪問・来所)

A D L	項目	自立	一部介助	全面介助	項目	自立	一部介助	全面介助	介護保険	身障手帳	級
	歩行	1	2	3	入浴	1	2	3			
階段	1	2	3	排泄	1	2	3				
立位	1	2	3	着替え	1	2	3				
座位	1	2	3	食事	1	2	3				
寝返り	1	2	3	コミュニケーション	支障無	とりにくい	とれない				
特定 症状	呼吸障害： 無 ・ 有 (いつ頃から _____ 年 _____ 月)				医療 処置 ・ 治療 など	経管栄養： 胃ろう ・ 経鼻 ・ その他 ( _____ )					
	嚥下障害： 無 ・ 有 (いつ頃から _____ 年 _____ 月)					気管切開： 単純 ・ その他 ( _____ )					
	排尿障害： 無 ・ 有 (いつ頃から _____ 年 _____ 月)					人工呼吸器： TPPV (気管切開) ・ NPPV (マスク)					
	構音障害： 無 ・ 有 (いつ頃から _____ 年 _____ 月)					膀胱カテーテル留置 ・ 自己導尿 ・ 膀胱ろう					
	その他 ( _____ ) ( _____ 年 _____ 月頃から)					酸素療法 _____ ℓ/min					
服薬 ・ 点滴等											
身体 状況	身長： _____ cm 体重： _____ kg					全体的な印象					
	体温： _____ 度										
	血圧値： _____ / _____										
	脈拍： _____ 回/分										
	呼吸数： _____ 回/分										
	SpO <sub>2</sub> ： _____ %										
	食事形態： 普通食、軟食、きざみ食、流動食 その他 ( _____ )										
	食事時間 _____ 分										
コミュニケーション手段：											
会話、筆談、透明文字盤											
意志伝達装置 ( _____ )											
コール ( _____ ) その他 ( _____ )											
家庭内での役割 ・ 就労の有無 ・ 社会参加 ・ 療養生活において大切にしていること (したいこと) ・ 生きがい等									疾病および生活障害の段階		
現在の心配や不安、気になることなど											
									1. 発病初期		
									2. 症状 ・ 生活障害が軽度にある状態		
									3. 症状 ・ 生活障害が顕著にある (なりつつある) 状態		
									4. 終末期		

## 2. 療養状況・支援体制

住環境	住居：一戸建て 集合住宅 _____ 階 エレベーター：無 有 専用療養室：無 有 療養ベッド：無 有 トイレ：洋式 ポータブルトイレ 住宅改修の必要性：無 有：具体的に								
介護者	主たる介護者：氏名 _____ (続柄 _____) 年齢 _____ 歳 健康問題：無 有 ( _____ ) 特記事項 ( _____ )								
地域支援体制・計画	専門医：医療機関名 _____ 受診形態：外来 往診 受診頻度：1回 / ( _____ ) 週 地域主治医：医療機関名 _____ 受診形態：外来 往診 受診頻度：1回 / ( _____ ) 週 訪問看護ステーション名 1) _____ 2) _____ 3) _____ : 計 _____ 回/週 訪問介護：介護保険 無 ・ 有 ケアマネジャー：事業所名 _____ 担当者： _____ 障害者総合支援法 無 ・ 有 通所サービス等： ( _____ ) 回/週 ・ 訪問入浴サービス： _____ 週/回 その他 _____ [週間支援計画]								
		月	火	水	木	金	土	日	備考
	午前								
	午後								
	夜間								
不定期									
<b>【支援課題】</b>									

記録者 \_\_\_\_\_