

訪問リハビリテーションアセスメント表

氏名 _____

～日常生活についてご記入ください～（該当項目に☑をつけて下さい）

1. 食事について

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> ペースト	
おかず	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟菜食	<input type="checkbox"/> 粗キザミ食	<input type="checkbox"/> キザミ食	<input type="checkbox"/> ペースト
カロリーなど食事の制限はありますか	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> なし		
食べられない物・禁食はありますか	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> なし		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ムラがある	<input type="checkbox"/> なし	
食事は1人で食べられますか	<input type="checkbox"/> 食べられる		<input type="checkbox"/> 声掛け促しが必要		
	<input type="checkbox"/> 多少の介助が必要		<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要		
飲み込みはどうか	<input type="checkbox"/> よい		<input type="checkbox"/> ときどき詰まらせる	<input type="checkbox"/> よく詰まらせる	
最近ムセることはありますか	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> なし		
トロミを使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用している		<input type="checkbox"/> 使用していない		
食べるときは	<input type="checkbox"/> 自分の歯	<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> 使用していない		
食後、口の中をきれいに することができますか	<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> 準備のみ介助が必要	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 義歯を洗うなど介助が必要		<input type="checkbox"/> おこなっていない		

2. ベッド上の動作について

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
座っていること	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる

3. 麻痺について

麻痺は	<input type="checkbox"/> 上肢（右 左）	<input type="checkbox"/> 下肢（右 左）
拘縮は	<input type="checkbox"/> 右側（無し 肩 肘 膝 足 手）	
	<input type="checkbox"/> 左側（無し 肩 肘 膝 足 手）	

4. 移動方法について

移動は	<input type="checkbox"/> 1人で歩くことができる	<input type="checkbox"/> 杖やシルバーカーなどで歩ける
	<input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまりできる	<input type="checkbox"/> 介助者が手を貸して歩ける
	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用する	

5. 排泄について

日中排泄は	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> 1人で尿器・ポータブルが使用できる	
	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる	<input type="checkbox"/> オムツ	
夜間排泄は	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> 1人で尿器・ポータブルが使用できる	
	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる	<input type="checkbox"/> オムツ	
尿・便意はありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
尿・便失禁はありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
排泄回数	日中) _____ 夜間) _____		
オムツの種類は何ですか	日中) <input type="checkbox"/> テープ式	<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ
	夜間) <input type="checkbox"/> テープ式	<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ

6. 服の脱ぎ着について

服の脱ぎ着について	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 多少の介護が必要	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要
-----------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

7. 入浴について

入浴について	<input type="checkbox"/> 自分で洗うことができる	<input type="checkbox"/> 多少の介助が必要
	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要	
入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴

8. 視力について

視力は	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 見えにくい
	<input type="checkbox"/> メガネを使用すれば見える	<input type="checkbox"/> 全く見えない

9. 聴力について

聴力は	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる
	<input type="checkbox"/> 補聴器を使用すれば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない

10. 夜間について

夜間は眠剤は使用していますか	<input type="checkbox"/> よく眠っている	<input type="checkbox"/> 時々起きる	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 必要時	<input type="checkbox"/> 使用しない

11. 体調について

現在行なっている処置は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

12. 周辺症状について

<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 過食・異食
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 夜間徘徊	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 不穏行為	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 大声
<input type="checkbox"/> 老人性そう・うつ病	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 介護抵抗			

13. 日常生活情報

喫煙	有・無
飲酒	飲む 回 / 週・月 飲まない
性格・職業	
趣味・楽しみ	
その他	