

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

- 様式 1            基本チェックリスト
- 様式 1 の別紙    基本チェックリストについての考え方
- 様式 2            介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- 様式 3            居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 様式 3 の別紙    居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書の記載について
- 様式 4            興味・関心チェックシート
- 様式 5            利用者基本情報
- 様式 6            介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- 様式 6 の別紙    介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）記入のポイント
- 様式 7            介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録  
                    （サービス担当者会議の要点を含む）
- 様式 8            介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表  
                    （※ 様式 5 から様式 8 までを「標準様式例」という）
- 様式 8 の別紙    介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表記入のポイント
- 様式 9            生活状況を把握するためのアセスメントシート

<基本チェックリスト>

氏名 \_\_\_\_\_

| No. | 質問項目                              | 回答 |    |   |     |    |
|-----|-----------------------------------|----|----|---|-----|----|
| 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 | /5 |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                     | 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 |    |
| 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 | /5 |
| 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分くらい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 |    |
| 11  | 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか          | 1  | はい | 0 | いいえ | /2 |
| 12  | 身長 cm 体重 kg (BMI )                |    |    |   |     |    |
| 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 | /3 |
| 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 |    |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか                   | 0  | はい | 1 | いいえ | /2 |
| 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 |    |
| 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 | /3 |
| 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 |    |
| 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 | /5 |
| 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で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 |    |

BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が 18.5 未満の場合が該当 ※1～20 /20

介護予防の支援に当たり、必要のあるときには基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシートを居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

以下、高齢福祉課使用欄

基本チェックリスト実施結果（該当項目にチェック）

| 全般<br>No.1～20 | 運動器 | 栄養  | 口腔  | 閉じこもり | もの忘れ | うつ  |
|---------------|-----|-----|-----|-------|------|-----|
| 10/20         | 3/5 | 2/2 | 2/3 | No.16 | 1/3  | 2/5 |
|               |     |     |     |       |      |     |

事業対象者としての決定      可      否

サービス量（配食のみの場合は記入不要）

要支援1相当

要支援2相当

要支援2相当（週3回利用可）

（ただし、          か月に限る）

## 基本チェックリストについての考え方

## 【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適切な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

|                                  | 質問項目                         | 質問項目の趣旨  |
|----------------------------------|------------------------------|--|
| 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。    |                              |  |
| 1                                | バスや電車で1人で外出していますか            | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2                                | 日用品の買い物をしていますか               | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。       |
| 3                                | 預貯金の出し入れをしていますか              | 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。        |
| 4                                | 友人の家を訪ねていますか                 | 友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。   |
| 5                                | 家族や友人の相談にのっていますか             | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。   |
| 6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。     |                              |  |
| 6                                | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか        | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。    |
| 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 | 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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。  |
| 8                                | 15分位続けて歩いていますか               | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。   |
| 9                                | この1年間に転んだことがありますか            | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。   |
| 10                               | 転倒に対する不安は大きいですか              | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。  |
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 |                              |  |
| 11                               | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか      | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。   |

|                              |                                   |  |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| 12                           | 身長、体重                             | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。  |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。  |                                   |  |
| 13                           | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。                 |
| 14                           | お茶や汁物等でむせることがありますか                | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。   |
| 15                           | 口の渇きが気になりますか                      | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。  |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 |                                   |  |
| 16                           | 週に1回以上は外出していますか                   | 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。  |
| 17                           | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか               | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。   |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。    |                                   |  |
| 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聞われますか | 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。  |
| 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       | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
| 20                           | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。                           |
| 21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。    |                                   |  |
| 21                           | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない               | ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。   |
| 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   |  |
| 23                           | (ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる |  |
| 24                           | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない            |  |
| 25                           | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする           |  |

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

|  |  |      |       |
|--|--|------|-------|
| <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 弾力化       | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align:center;">区 分</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">新規・変更</td> </tr> </table> | 区 分  | 新規・変更 |
| 区 分  |  |      |       |
| 新規・変更  |  |      |       |
| 被 保 険 者 氏 名  | 被 保 険 者 番 号  |      |       |
| フリガナ   |  |      |       |
|  | 個 人 番 号  |      |       |
|  |  |      |       |
|  | 生 年 月 日  |      |       |
|  | 年    月    日  |      |       |
| 介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者<br>介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター                          |  |      |       |
| 介護予防支援事業所名<br>地域包括支援センター名  | 介護予防支援事業所の所在地<br>地域包括支援センターの所在地    〒501-4297   |      |       |
| 郡上市地域包括支援センター  | 岐阜県郡上市八幡町島谷228番地<br>電話番号 0575-67-0008  |      |       |
| 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号  | サービス開始（変更）年月日  |      |       |
| 2   1   0   1   0   0   0   0   1   2  | 年    月    日  |      |       |
| 介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等<br>※変更する場合のみ記入してください。                                     |  |      |       |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者<br>※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。    |  |      |       |
| 居宅介護支援事業所名   | 居宅介護支援事業所の所在地    〒   |      |       |
|  | 電話番号   |      |       |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等<br>※変更する場合のみ記入してください。   |  |      |       |
| 郡上市長 様<br>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。<br>令和 年 月 日 〒 |  |      |       |
| 被保険者   | 住 所  | 電話番号 |       |
| 氏 名  |  |      |       |
| 保険者確認欄   | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号  |      |       |
|  | 2 1 0 1 0 0 0 0 1 2  |      |       |

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による 判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  
 年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに郡上市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず郡上市へ届け出てください。  
 届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   |  | 区分  |  |
|   |  | 新規・変更・終了  |  |
| 被 保 険 者 氏 名   |  | 個 人 番 号   |  |
| フリガナ  |  | 被 保 険 者 番 号   |  |
|   |  | 生 年 月 日   |  |
|   |  | 明・大・昭 年 月 日   |  |
| 居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者  |  |   |  |
| 居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名   |  | 事 業 所 の 所 在 地   |  |
|   |  | 〒   |  |
|   |  | 電話番号 ( )  |  |
| 事 業 所 番 号   |  |   |  |
| 変<br>更  | 事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。  |   |  |
|   | 変更年月日<br>( 年 月 日付)   |   |  |
| 終<br>了  | 現在の居宅サービス計画の作成を終了(終了の理由)   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 施設入所( ) <input type="checkbox"/> 入院( )<br><input type="checkbox"/> その他： |   |  |
| 郡上市長 様<br>上記のとおり届出します。<br>令和 年 月 日<br><br>住 所<br>被保険者 電話番号 ( )<br>氏 名 |  |   |  |
| 保 険 者 確 認 欄   |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 |  |
|   |  |   |  |

(注意)1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに市の窓口へ提出してください。

2 居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず市の窓口へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。





利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

|                   |  |                             |                    |   |        |
|-------------------|--|-----------------------------|--------------------|---|--------|
| 相談日               | 年 月 日 ( )  |                             | 来所・電話<br>その他 ( )   | 初回<br>再来 (前 / )   |        |
| 本人の現況             | 在宅・入院又は入所中 ( )   |                             |                    |   |        |
| フリガナ<br>本人氏名      |  | 性別                          | M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳 |   |        |
| 住所                | 〒  |                             | Tel                | ( )   |        |
|                   |  |                             | Fax                | ( )   |        |
| 日常生活<br>自立度       | 障害高齢者の日常生活自立度  | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2  |                    |   |        |
|                   | 認知症高齢者の日常生活自立度   | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |                    |   |        |
| 認定・<br>総合事業<br>情報 | 非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5<br>有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 )<br>基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし<br>基本チェックリスト記入日：年 月 日 |                             |                    |   |        |
| 障害等認定             | 身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )  |                             |                    |   |        |
| 本人の<br>住居環境       | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無  |                             |                    |   |        |
| 経済状況              | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・   |                             |                    |   |        |
| 来所者<br>(相談者)      |  |                             | 家族構成               | ◎=本人、○=女性、□=男性<br>●■=死亡、☆=キーパーソン<br>主介護者に「主」<br>副介護者に「副」<br>(同居家族は○で囲む) |        |
| 住所<br>連絡先         |  | 続柄                          |                    |   |        |
| 緊急連絡先             | 氏名   | 続柄                          |                    |   | 住所・連絡先 |
|                   |  |                             |                    |   |        |
|                   |  |                             |                    |   |        |
|                   |  |                             |                    |   |        |
|                   |  |                             | 家族関係等の状況           |   |        |

《介護予防に関する事項》

|                                    |            |    |        |           |  |
|------------------------------------|------------|----|--------|-----------|--|
| 今までの生活                             |            |    |        |           |  |
| 現在の生活<br>状況（どんな<br>暮らしを送<br>っているか） | 1日の生活・すごし方 |    |        | 趣味・楽しみ・特技 |  |
|                                    | 時間         | 本人 | 介護者・家族 |           |  |
|                                    |            |    |        | 友人・地域との関係 |  |
|                                    |            |    |        |           |  |

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

| 年月日   | 病名 | 医療機関・医師名<br>(主治医・意見作成者に☆) |     | 経過                | 治療中の場合は内容 |
|-------|----|---------------------------|-----|-------------------|-----------|
|       |    |                           |     |                   |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |

《現在利用しているサービス》

| 公的サービス | 非公的サービス |
|--------|---------|
|        |         |

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

\_\_\_\_\_年 月 日 氏名

## 生活状況を把握するためのアセスメントシート

記入者

日付 年 月 日

|                |  |     |                      |                                 |  |
|----------------|--|-----|----------------------|---------------------------------|--|
| 相談内容           |  |     |                      |                                 |  |
| 基 本 情 報        |  |     |                      |                                 |  |
| 本人氏名           |  | 男・女 | 生年月日                 | 年 月 日 ( 歳)                      |  |
| 住 所            |  |     |                      | 電話                              |  |
| 世帯分類           | 単身・高齢世帯・日中独居・その他 ( )                                     |     |                      |                                 |  |
| 緊急連絡先          | ①氏名  |     | 続柄                   | 電話                              |  |
|                | 住所   |     |                      |                                 |  |
| 緊急連絡先          | ②氏名  |     | 続柄                   | 電話                              |  |
|                | 住所   |     |                      |                                 |  |
| 介護保険申請状況       | なし・申請中 (申請日 ) [ 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ]            |     |                      |                                 |  |
| 障がい等認定         | 身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )<br>難病 ( )                           |     |                      |                                 |  |
| 日常生活自立度        | 身体状況：正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2                          |     |                      | 認知症：正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |  |
| 居住環境           | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有・無 ( ) 階、住宅改修の有・無<br>屋外の状況 ( )       |     |                      |                                 |  |
| 経済状況           | 年金：未受給・国民年金・厚生年金・障害年金 ( 級)<br>収入 ( 円) 主な用途 ( ) 心配なこと ( ) |     |                      |                                 |  |
| 家族扶養           | 有り・無し ( )  |     |                      |                                 |  |
| 家族構成           |  |     | 家族関係等の状況 (介護力への期待有無) |                                 |  |
| 今までの生活歴        |  |     |                      |                                 |  |
| 現在利用しているサービスなど |  |     |                      |                                 |  |
| 価値観            | 大切にしたいこと   |     |                      |                                 |  |
|                | 嫌なこと   |     |                      |                                 |  |
| 本人および家族の主訴や意向  |  |     |                      |                                 |  |
| これからの生活についての希望 |  |     |                      |                                 |  |

| 領域                       | 視点  | アセスメント項目   |   |  |  |
|--------------------------|---|--|---|--|--|
| A<br>運動・移動について           | <p>目的の自ら<br/>様々な手段を<br/>を行なうと<br/>な交通する<br/>え用いる<br/>かどう<br/>か。昇降<br/>による移<br/>りた</p>               | 運動機能<br>(支えの必要性)   | 立ち上がり：<br>起き上がり：<br>片足立ち：   | <input type="checkbox"/> できない<br><input type="checkbox"/> つかまればできる<br><input type="checkbox"/> できる<br><input type="checkbox"/> つかまればできる<br><input type="checkbox"/> できる<br><input type="checkbox"/> つかまればできる<br><input type="checkbox"/> できる |  |
|                          |   | 歩行状況<br>(歩行レベル)  | 室内（<br>室外（  | ）<br>）   |  |
|                          |   | 転倒傾向   | 転倒（<br>つまづき（  | ）<br>）   |  |
|                          |   | 移動範囲   | <input type="checkbox"/> 近所まで <input type="checkbox"/> 区内・市内ぐらい <input type="checkbox"/> 市外まで   |  |  |
|                          |   | 移動手段   | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車<br><input type="checkbox"/> 車（運転） <input type="checkbox"/> 車（同乗） <input type="checkbox"/> 徒歩 |  |  |
|                          |   | 買い物  | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等  |  |  |
| B<br>日常生活・家庭生活について       | <p>木やペットの<br/>家の世話を<br/>（買物の世<br/>話など）<br/>調理・掃除<br/>・洗濯・ご<br/>み捨て等）<br/>や、住居、<br/>経済の管理、<br/>花</p> | 献立を考える   | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族   |  |  |
|                          |   | 調理   | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人<br><input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入                             |  |  |
|                          |   | 食べる楽しみ   | <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない（<br>）   |  |  |
|                          |   | 洗濯   | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない   |  |  |
|                          |   | 掃除・整理整頓  | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない   |  |  |
|                          |   | ごみ捨て   | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない   |  |  |
|                          |   | 身だしなみへの関心  | <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い   |  |  |
|                          |   | 電気機器類の操作   | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う<br><input type="checkbox"/> 難しい（何が：<br>）   |  |  |
|                          |   | 火の始末   | <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある  |  |  |
|                          |   | 電話の利用  | <input type="checkbox"/> できる<br><input type="checkbox"/> できない（理由：<br>）  |  |  |
|                          |   | 金銭管理（家計の管理）  | <input type="checkbox"/> できる<br><input type="checkbox"/> できない（理由：<br>）  |  |  |
|                          |   | 役所や金融機関等の手続  | <input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない   |  |  |
|                          |   | 悪質商法への注意   | <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   |  |  |
|                          |   | 情報への関心   | <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて<br><input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない  |  |  |
| C<br>社会参加・対人関係・コミュニケーション | 社会参加  | 活動性  | <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある      どんな（<br>）<br>つながり（有・無）  |  |  |
|                          |   | 外出頻度   | <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している<br><input type="checkbox"/> 特にない   |  |  |
|                          |   | 外出目的   | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度<br><input type="checkbox"/> 月に2～3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない   |  |  |
|                          | 対人関係  | 家族との交流   | 状況：   |  |  |
|                          |   | 近隣との交流   | 状況：   |  |  |
|                          |   | 友人知人との交流   | 状況：   |  |  |
|                          | コミュニケーション   | <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる |   |  |  |

|  |   |             |   |
|--|---|-------------|---|
| <p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">健康管理について</p> | <p>また清潔・整容と服薬・定期受診が行なわれているか。<br/>         場合、飲酒・喫煙の領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）</p>                                    | 受診の状況       | <input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診していない  |
|  |   | 病院名         | 主治医（ ）  |
|  |   | 現病歴・既往症等    |   |
|  |   | 服薬管理の状況     | <input type="checkbox"/> 指示どおり飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない<br>内容：  |
|  |   | 健診の状況       | <input type="checkbox"/> 健康診断を受けている<br><input type="checkbox"/> 受けていない 血圧 体温 脈拍   |
|  |   | 口腔機能の状況     | <input type="checkbox"/> 痛みがある（ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜 ）   |
|  |   |             | <input type="checkbox"/> くちの渇き <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 硬いものが食べられない  |
|  |   |             | <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲みこみにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる  |
|  |   |             | <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯  |
|  |   | 歯の手入れ（義歯含む） | 頻度（ 回／日・週・月） 方法（ ）  |
|  |   | 食生活・栄養状況    | 回数（ 回／日）<br>状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 関心がない   |
|  |   | 水分摂取の状況     | <input type="checkbox"/> 気をつけている（ ） <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない   |
|  |   | 飲酒状況・喫煙状況   | <input type="checkbox"/> 飲酒：頻度（ 回／日・週） 量（ /回）<br><input type="checkbox"/> 喫煙： 量（ 本／日・週）   |
|  |   | 適度な運動       | <input type="checkbox"/> している（ ）<br><input type="checkbox"/> していない（理由： ）  |
|  |   | 適度な休養       | <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう   |
|  |   | 排泄の状況       | <input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 漏れ・失禁がある（尿・便） <input type="checkbox"/> 便秘（薬：有・無）<br>（気がかりなこと）  |
|  |   | 入浴の状況       | 頻度（ 回／週・月） 方法 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など   |
| 生活のリズム・睡眠の困り   | <input type="checkbox"/> 保たれている（起床： 時 /就寝： 時）<br><input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ）                                     |             |   |
| 物忘れの状況   | 物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 本人の認識： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |             |   |
| <p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">その他</p>      | <p>状況に虐待の可能性があるから、ここで見守りアキの</p>   | 虐待の可能性      | <input type="checkbox"/> みられない<br><input type="checkbox"/> 要注意（根拠： ）  |
|  |   | 精神的な不安・意欲低下 | <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> みられる（内容： ）  |
|  |   | 見守りの状況      | <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> IT見守り<br><input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ない |
|  |   | 緊急時のSOS発信   | <input type="checkbox"/> 自分なりに対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない<br>緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい  |
| MEMO   |   |             |   |