

介護老人保健施設 みどりの里 入所前評価シート

評価日： 年 月 日 対象者： _____

医療機関： _____ 作成担当者： _____

基本情報	要介護度： 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 高齢者の日常生活自立度： J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 認知症高齢者の日常生活自立度： * ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M HDS-R/MMSE： _____ 点（評価日： _____ / _____） ※どちらかで可 身長（ _____ ） cm 体重（ _____ ） kg ※体重測定日（ _____ / _____）	
病気・健康状態	現在の病気： _____ 医療的処置： <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 経管栄養（内容： _____） <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 感染症： <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし 食物・薬物アレルギー： <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし 皮膚の状態： <input type="checkbox"/> あり（部位： _____ 程度： _____） <input type="checkbox"/> なし 浮腫： <input type="checkbox"/> あり（部位： _____） <input type="checkbox"/> なし 疼痛： <input type="checkbox"/> あり（部位： _____ 程度： _____） <input type="checkbox"/> なし	
基本動作	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（センサー：有・無）
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動 （物品）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 1本杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
食事	食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 小刻み <input type="checkbox"/> やわらか <input type="checkbox"/> 学会分類コード（ _____ ）
	療養食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（物品： _____）
整容	歯の状況	上歯： <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 下歯： <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯
	整容動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 個浴
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
理解	聴覚	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間要する <input type="checkbox"/> 促し必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視覚	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間要する <input type="checkbox"/> 促し必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
表出	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間要する <input type="checkbox"/> 促し必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
認知機能	中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 実行機能 <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 失念・失行・失認
	行動・心理	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 失禁
特記事項		