

患者情報共有のためのアセスメントシート

<input type="checkbox"/> 退院前 <input type="checkbox"/> 計画作成前 <input type="checkbox"/> 計画見直し前 <input type="checkbox"/> 自宅（訪問時） <input type="checkbox"/> 医療機関内 <input type="checkbox"/> その他						
領 域	アセスメント項目	実施日	年	月	日	
意識レベル	(3-3-9方式)	身障手帳 () 級	認知度 ()	寝たきり度 ()	要介護度 ()	
運動・移動	運動機能	床からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる⇒支え（要・不要） <input type="checkbox"/> できない			
	歩行状況 (歩行レベル)	室内	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー使用	
		室外	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー使用	
	転倒傾向	転倒	<input type="checkbox"/> ない			
			<input type="checkbox"/> あった（転倒時の状況 ()			
移動手段	転倒後、外出を控えるなど活動や意欲に変化があったか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ()			
身体・健康管理	手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（どのような手術か ()				
	※受診の状況（既往歴に記入あれば不要）	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している（頻度 ()		<input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診していない		
	整形外科受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名 ()		※疾患別リハビリテーション除外基準に該当しないか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（状態 ()		
	整形外科（日常生活で注意すること）	主治医より、生活上の注意を受けているか？ (例) 屋外は杖を使うようにと言われた、重い物を持たないように言われた、深くかがまないように言われた等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（記載 ()				
	痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位 ()		痛みの程度 ()		
	痺れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位 ()				
	困難な姿勢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		(口腹這い <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> 正座 <input type="checkbox"/> その他【 ()		
	内科受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（状態 ()				
	内科（日常生活で注意すること）	主治医より、生活上の注意を受けているか？ 何かあった場合の対応策など (例) 胸痛があればニトロールを飲むように言われた、息切れがしたら飲むように言われた等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（記載 ()				
	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	心疾患	現病 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（疾患名 ()		※継続して1時間程度の運動（ストレッチャ・マシン）の制限はないか。	
		既往 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（疾患名 ()			
	不整脈	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（頻度 /日 /週 /月 /年		(どんな状況のとき ()
	血圧	安静時 <input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定 (/ mmHg)		脈拍 (回/分)	
		動作時 <input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定 (/ mmHg)		脈拍 (回/分)	
	めまい	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（頻度 ()		(どんなとき ()
	立ちくらみ	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（頻度 ()		(どんなとき ()
	動悸	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（頻度 ()		(どんなとき ()
	息切れ	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（頻度 ()		(どんなとき ()
	食生活・栄養状況	<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 制限あり（糖尿病食 ・ 心臓病食 ・ 腎臓病食 ・ その他 ()		
水分摂取	<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 制限あり ()			
排尿の状況	気になることや注意していることはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ()					
入浴の状況	方法 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー	自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り必要				
感染症	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（HBs ・ HCV ・ 白癬 ・ 疥癬 ・ その他【 ()		※あれば公衆浴場に入浴して、感染の恐れはないか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（状態 ()	
その他（何かあれば）						

	状 態	具体的な対応（当月または前月より継続中）
重度療養管理の必要性（要介護4または5）	<input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を実施	1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日超
	<input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用中	1週間以上人工呼吸または間歇的陽圧呼吸を実施（在宅人工呼吸指導管理料または在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料算定対象患者）
	<input type="checkbox"/> 中心静脈注射を実施	中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者または中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者（在宅中心静脈栄養法指導管理料算定対象患者）
	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を週2日以上実施、かつ、重篤な合併症を有する（右記AからFのいずれかに該当）	A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 B 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する D 出血性消化器病変を有する E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）
	<input type="checkbox"/> 重篤な新機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施	持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、または、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリング実施
	<input type="checkbox"/> 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者手帳4級以上、かつ、ストーマ処置実施	皮膚の炎症等に対するケアを行った場合
	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養実施	経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を実施（在宅成分栄養経管栄養法指導管理料または在宅寝たきり患者処置指導管理料算定対象患者）
	<input type="checkbox"/> 褥瘡治療を実施	第3度（皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある）または第4度（皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出）該当の褥瘡
<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 気管切開が行われている状態	在宅気管切開患者指導管理料算定対象患者
生活情報（生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項）		
援助の経過（これまでの援助方針・援助の成果等）および生活機能の変化		
現状の問題点・課題		
リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること		
備考 記載者 (共有者)		