**≪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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＡＤＬ | 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 |  |
| 歩行階段立位座位寝返り | １１１１１ | ２２２２２ | ３３３３３ | 入浴排泄着替え食事ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | １１１１支障無 | ２２２２とりにくい | ３３３３とれない |
| 身障手帳 | 級 |
| 障害支援区分 |  |
| 特定症状 |  呼吸障害： 無 ・ 有（いつ頃から　　 年　　月） 嚥下障害： 無 ・ 有（いつ頃から　　 年　　月） 排尿障害： 無 ・ 有（いつ頃から　　 年　　月） 構音障害： 無 ・ 有（いつ頃から　　 年　　月） その他（　　　　　　 　）(　　年　 月頃から）  | 医療処置・治療など | 経管栄養：胃ろう・経鼻・その他（　　　　　 ）気管切開：単純・その他（　　　　　 　　 ）人工呼吸器：TPPV（気管切開）・NPPV(ﾏｽｸ）膀胱ｶﾃｰﾃﾙ留置・自己導尿 ・膀胱ろう酸素療法 　ℓ/min　　　吸引： 口・気管内 その他：（　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 服薬・点滴等 |
| 身体状況 | 身　長：　　　　　　㎝　　体重：　　　　　kg体　温：　　　　度血圧値：　　　　／　　　脈　拍：　　　　回／分呼吸数：　　　　回／分ＳｐＯ2：　　　　　％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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 全体的な印象 |
| 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****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** |
| 現在の心配や不安、気になることなど |

**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 　　　　　　　　 受療形態：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 |
|  | **【支援課題】**  |

**記録者**