

衣

《各項目とも文例がない場合には手書きで入力する》

No.1

現状・状態・本人の対処		衣生活について 本人の望み・意欲・関心	衣生活について 生活機能向上の促進因子	衣生活について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
汚れ・清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 常時清潔な状態 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 衣服の一部が汚れている <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 衣服全体が汚れている <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 着替えがされてない				
	汚れの種類 <input type="checkbox"/> 埃・汗・垢染み等 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> よだれ <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁 <input type="checkbox"/> 疾病・外傷による汚れ <input type="checkbox"/> 洗濯が不十分 <input type="checkbox"/> その他				
洗濯	洗濯すること <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 洗濯機使用 <input type="checkbox"/> コインランドリーを使用 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 洗濯機がない <input type="checkbox"/> 洗濯機が壊れている <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 洗濯機の使用方法が理解できない <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 洗濯機のところへ行けない <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 家族が行うので必要がない <input type="checkbox"/> 身体が不自由でできない				
	干すこと <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"/> 不要				
	取り込むこと <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"/> 不要				
	たたむこと <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"/> 不要				
整理	衣類の整理 <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"/> 不要				
	できない理由 <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 身体が不自由でできない <input type="checkbox"/> 本人は行っているつもりだが整理されてない <input type="checkbox"/> 整理はしているが、収納が不十分である <input type="checkbox"/> 家族が行うので必要がない				
着替えの用意	衣類の状態 <input type="checkbox"/> 十分にある <input type="checkbox"/> ある程度は間に合う <input type="checkbox"/> 衣類が足りない <input type="checkbox"/> ボタンがとれていたりほころびがある <input type="checkbox"/> 手入れがされている				
	着替えの準備 <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"/> 自分で行う必要がない				
	誰が <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他				
	できない理由 <input type="checkbox"/> 身体の機能低下でできない <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 整理整頓ができていないので探せない				
購入	現状 <input type="checkbox"/> 購入の必要はない <input type="checkbox"/> 衣類等が不足している				
	購入 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 貰いもので間に合わせる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 購入の意志はない <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 通信販売を利用				
	リフォーム <input type="checkbox"/> リフォームの必要なし <input type="checkbox"/> リフォームが必要 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(できない場合の対処方法 ) <input type="checkbox"/> その他				
着脱衣	着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分でできるが順序を間違える <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 用意されていたらできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけすればできる <input type="checkbox"/> 身体が不自由なためできない <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 認識がない				
	誰が <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他				
	できない理由 <input type="checkbox"/> 介助者がいない <input type="checkbox"/> その他				



食

《各項目とも文例がない場合は手書きで入力する》

No.2

現状・状態・本人の対処		食生活について 本人の望み・意欲・関心	食生活について 生活機能向上の促進因子	食生活について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
回数	1日__食 □規則的 □ある程度規則的 □不規則 □お腹がすけば食べる □間食が多い □いつも食べている □自分からは食べない □食べたことを忘れてしまう				
	配食サービス利用 週__回 __曜日 朝・昼・夕				
内容	形態 □普通食 □軟食 □粥食 □きざみ食 □ミキサー食 □流動食 □高カロリー補助食 □注入食 □レトルト食品				
	内容 □バランスがとれている □好き嫌いが多い □出来合いのもの □佃煮類が多い □野菜類が多い □肉食類が多い □魚介類が多い □外食中心 □その他				
調理	調理 □自立 □見守り □一部介助 □全介助				
	行わない理由 □意欲がない □身体が不自由なためできない □する必要がない □調理する人がいない □調理場に問題がある				
	誰が □同居の家族 □別居の家族 □ヘルパー □お手伝い □近所の人 □誰もいない □その他				
配膳・片付け	配膳・片付け □自立 □見守り □一部介助 □全介助				
	行わない理由 □意欲がない □身体の機能低下のためできない □する必要がない □その場で食べる				
	誰が □同居の家族 □別居の家族 □ヘルパー □手伝いの人 □近所の人 が運ぶ □誰もいない □その他				
購入・調達	購入・調達 □自立 □見守り □一部介助 □全介助				
	行わない理由 □意欲がない □身体の機能低下のためできない □必要がない □その他				
	誰が □同居の家族 □別居の家族 □ヘルパー □お手伝いの人 □近所の人 □誰もいない □その他				
摂食	摂食 □自立 □見守り □一部介助 □全介助				
	行わない理由 □意欲がない □身体の機能低下のためできない □経管栄養 □鼻腔 □胃瘻 □併用				
	誰が □同居の家族 □別居の家族 □ヘルパー □お手伝い □家族 □ヘルパー □その他				
	こぼし □ない □少しある □ある				
制限食	治療・制限食 □ない □ある(内容 )				
	守られているか □守られている □多少は守る □守られていない				
	不満の有無 □ない □納得している □ある				
	自分で行えている □できている □できていない				
	その理由 □その他				
保存	保存食 □ある □少しはある □ない				
	場所・状態 □冷蔵庫 □ラップ □そのまま □卓上 □その他				
	管理 □できている □できていない				

現状・状態・本人の対処		住生活について 本人の望み・意欲・関心	住生活について 生活機能向上の促進因子	住生活について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
日照等の環境	日照 □日当たりが良い □少しは日が当たる □日が当たらない □暗い □西日が強く入る □窓がない □窓があかない □遮光できない □雨戸をしめ切っている □カーテンをしめている □その他				
	通風 □風通しが良い □少しは風が通る □風通しが悪い □隙間風が入る □窓があかない □窓がない □窓をしめ切っている □その他				
	照明 □明るい □暗い □常時照明を点けている □その他				
	環境 □騒がしい □静か □暖かい □冷え冷えとする □湿気が多い □かび臭い □その他				
本人の場	居室 □専用居室がある □専用居室はない □一室ですべて賅っている □寝食分離している □適度な広さがある □狭い □家具等が多いため狭い □家族のいる場所に近い □家族のいる場所と離れている □時々覗いてくれる □ほとんど一人でいる □孤立している、孤立感がある □その他				
	トイレ □トイレに近い □トイレが遠い □専用のトイレがある				
	緊急時の対策 □外部に連絡ができる □外部に連絡ができない □ブザー等で家族等に連絡ができる □家族等に連絡ができない				
	現状に □満足 □特に不満はない □不満足				
寝具	ベッド環境 □高さが合っている □高さが合っていない □安定 □不安定 □使いやすい □使いにくい □ベッド上にもものが多い □位置が悪い □その他				
	電動ベッド □自分で操作ができる □自分で操作ができない				
	和式布団 □毎日布団を上げる □時々布団を上げる □布団は万年床				
	寝具 □湿っぽい □汚れている □手入れが良い □失禁対策がされている □失禁対策がされていない □掛け布団が重い □羽毛等軽い布団 □その他				
汚れ	汚れ □汚れはない □汚れている □ごみ □埃 □油等 □ダニ □ペットの毛等 □ゴキブリ □鼠 □その他				
	掃除 □自立 □見守り □一部介助 □全介助				
	誰が □家族が行う □してない □その他				
	ごみ出し □自立 □見守り □一部介助 □全介助 誰が □家族が行う □誰もしないで放置 □その他				
整理	整理整頓 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 誰が □家族が行う □誰もしない □その他				
	整理状況 □ラベル等の表示がありわかりやすい □何がどこにあるかわからない □取り出すのは大変 □部屋中に荷物が積み上げてある □ものが多すぎる □雑然としている □不用品が多い □その他				

現状・状態・本人の対処		住生活について 本人の望み・意欲・関心	住生活について 生活機能向上の促進因子	住生活について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
段差等の障害物	玄関	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 本人にとって問題が多い			
	玄関外	<input type="checkbox"/> 段差はない <input type="checkbox"/> 段差がある____cm			
	廊下	<input type="checkbox"/> 有効な手すりがある <input type="checkbox"/> 手すりがない			
	自宅まわり	<input type="checkbox"/> 間口が広い____cm <input type="checkbox"/> 間口が狭い____cm			
	居室	<input type="checkbox"/> 改善されていない			
	台所	<input type="checkbox"/> 改善されている箇所( )			
	浴室	<input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> シャワーチェア			
	浴槽	<input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり			
	トイレ	<input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 洋式便器			
	階段	<input type="checkbox"/> 階段昇降機 <input type="checkbox"/> 玄関昇降機 <input type="checkbox"/> リフター <input type="checkbox"/> その他			
移動・移乗	屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 押車 <input type="checkbox"/> 尻移動 <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 転がる <input type="checkbox"/> 歩行不可			
	福祉機器等	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他			
	外出	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 押車			
	福祉機器等	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 電気三輪車 <input type="checkbox"/> その他			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 )				
快適さ	住居	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 特に不満はない <input type="checkbox"/> 不満足			
	環境	<input type="checkbox"/> 冷暖房などが完備している <input type="checkbox"/> 冷暖房などが完備していない <input type="checkbox"/> 採光・遮光がしやすい <input type="checkbox"/> 採光・遮光ができない			
	安全性	<input type="checkbox"/> 外部との連絡がとれる <input type="checkbox"/> 外部との連絡がとれない <input type="checkbox"/> 障害に合わせた工夫がされている <input type="checkbox"/> 障害に合わせた工夫がされていない <input type="checkbox"/> その他			

現状・状態・本人の対処		体の健康について 本人の望み・意欲・関心	体の健康について 生活機能向上の促進因子	体の健康について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
疾病・病名	疾病 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明				
	病名				
	① 医師より 年 月ごろ(医療機関名 )				
	② 医師より 年 月ごろ(医療機関名 )				
疾病・病名	③ 医師より 年 月ごろ(医療機関名 )				
	④ 医師より 年 月ごろ(医療機関名 )				
	⑤ 医師より 年 月ごろ(医療機関名 )				
	感染症 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> 不明				
疾病・病名	症状等 <input type="checkbox"/> 本人が悩んでいる <input type="checkbox"/> 本人自身は悩んでいない <input type="checkbox"/> 家族や周辺の人が悩んでいる <input type="checkbox"/> 家族や周辺は悩んでない				
	自覚症状の訴え <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが訴えない <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 尿の出が悪い <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 顔色が悪い <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 血圧が低い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 咳こみ <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他				
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ____種 ____級				
	症状とその部位 <input type="checkbox"/> まひ <input type="checkbox"/> 不全まひ 部位_____ <input type="checkbox"/> 内臓疾患 <input type="checkbox"/> 内部障害 部位_____				
障害・痛み	痛み <input type="checkbox"/> 切断 部位_____ <input type="checkbox"/> 鈍痛 部位_____ <input type="checkbox"/> 激痛 部位_____ <input type="checkbox"/> しびれ 部位_____ <input type="checkbox"/> かゆみ 部位_____				
	痛みの緩和 <input type="checkbox"/> 感覚がない <input type="checkbox"/> その他				
	痛みの緩和 <input type="checkbox"/> 痛みの緩和がされている <input type="checkbox"/> 痛みの緩和がされていない <input type="checkbox"/> 処置されているが痛む				
	受診・治療				
受診・治療	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> __年__月から通院はしていない <input type="checkbox"/> あり(医療機関名 ) 月/週 回				
	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名 ) 月/週 回				
	<input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者 )				
服薬等	処方薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 点鼻 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> その他 薬品名_____				
	処方薬の服用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者 )				
	売薬の服用 <input type="checkbox"/> 常時服用 <input type="checkbox"/> 時々服用 薬品名_____				

現状・状態・本人の対処		体の健康について 本人の望み・意欲・関心	体の健康について 生活機能向上の促進因子	体の健康について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
口腔・ 整容	全体ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 )				
	義歯のケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 )				
	義歯の状態 <input type="checkbox"/> 合っている <input type="checkbox"/> 合っていない <input type="checkbox"/> 食事時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない				
	嚥下・咀嚼 <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 障害あり <input type="checkbox"/> よだれが多い				
	治療状況 <input type="checkbox"/> 治療してない <input type="checkbox"/> 治療中(医療機関名 ) 症状 <input type="checkbox"/> う触 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れあり <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> その他				
皮膚	疾患 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 ) (医療機関名 )				
	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 仙骨部位 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 陰部 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> かかと <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足底 <input type="checkbox"/> 爪				
	痛み <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 感覚がない <input type="checkbox"/> 自覚がない				
	かゆみ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 感覚がない				
	受診 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 改善されている <input type="checkbox"/> 改善されていない <input type="checkbox"/> その他				
薬の使用 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 )					
排泄	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 後始末のみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者 )				
	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あるが間に合わない <input type="checkbox"/> ない				
	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あるが間に合わない <input type="checkbox"/> ない				
	排泄用具 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他				
保清	保清 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備、後始末 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者 )				
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 週____回 <input type="checkbox"/> 声かけ、準備、後始末 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴場所 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設など利用 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 銭湯 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケアサービス				
	その他 <input type="checkbox"/> 清拭のみ 週____回 <input type="checkbox"/> シャワー浴 週____回 <input type="checkbox"/> 保清行為なし				
起居動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまりで可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 ) <input type="checkbox"/> 不可				
	起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまりで可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 ) <input type="checkbox"/> 不可				
	立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 支え立ち <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者 ) <input type="checkbox"/> 不可				
	座位 <input type="checkbox"/> 長座位 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> 正座 <input type="checkbox"/> 支えが必要				
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者 )				
	歩行状況 屋外 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 押車				
	室内 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 押車 <input type="checkbox"/> 尻移動 <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 転がる <input type="checkbox"/> 歩行不可				

心の健康-1

《各項目とも文例がない場合は手書きで記入する》

No.5-1

現状・状態・本人の対処		心の健康について 本人の望み・意欲・関心	心の健康について 生活機能向上の促進因子	心の健康について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
疾病・障害・受診	疾病 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明				
	受診 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前は受診していた 最後の受診は____年____月頃				
	病名 <input type="checkbox"/> ____医師より____年____月頃____と診断 <input type="checkbox"/> ____医師より____年____月頃____と診断				
	病名について <input type="checkbox"/> 本人は____と言っている <input type="checkbox"/> 家族等は____と言っている				
	薬の投与 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明				
	処方薬の服用等 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守り <input type="checkbox"/> 一部介助				
	症状等 <input type="checkbox"/> 本人が悩んでいる <input type="checkbox"/> 本人は悩んでいない <input type="checkbox"/> 家族や周辺の人が悩んでいる <input type="checkbox"/> 家族や周辺は悩んでない				
	自覚症状の訴え <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> やる気がでない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 不安でしょうがない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> その他				
客観的な症状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 他人の話を受け入れない <input type="checkbox"/> 執拗に自己弁護する <input type="checkbox"/> 作話する <input type="checkbox"/> むやみに泣く <input type="checkbox"/> むやみに動き回る <input type="checkbox"/> 誇大視する <input type="checkbox"/> 薬に依存している <input type="checkbox"/> アルコールに依存 <input type="checkbox"/> 意味もなく怒る <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 無為な状態に陥る <input type="checkbox"/> 顕著な意欲の低下 <input type="checkbox"/> 独語が多い <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返し言う <input type="checkbox"/> 他人を無視する <input type="checkbox"/> 不潔不衛生 <input type="checkbox"/> 執拗にこだわる <input type="checkbox"/> ちぐはぐなことを言う <input type="checkbox"/> 生活の行為がちぐはぐ <input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある <input type="checkbox"/> 暴力をふるう <input type="checkbox"/> ものを盗られたと言う <input type="checkbox"/> その他					
不満・落ち込み	本人の訴え <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 落ち込み				
	客観的に見て <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 落ち込み				



心の健康-2

《各項目とも文例がない場合は手書きで記入する》

No.5-2

現状・状態・本人の対処		心の健康について 本人の望み・意欲・関心	心の健康について 生活機能向上の促進因子	心の健康について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
楽しみ・趣味	楽しみ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> デイサービス等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> おしゃれ <input type="checkbox"/> 人に会う <input type="checkbox"/> 人の訪問 <input type="checkbox"/> 家族の訪問 <input type="checkbox"/> 孫の成長 <input type="checkbox"/> 若い頃からの趣味(具体的に ) <input type="checkbox"/> 飼い猫等のペット <input type="checkbox"/> 料理を作り、まわりに配る <input type="checkbox"/> 子どものことを楽しそうに話す <input type="checkbox"/> 近所の人との会話 <input type="checkbox"/> ショッピング				
将来の不安	不安の訴え <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 身体(IADL) <input type="checkbox"/> 身体(ADL) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他				
性格・長所	<input type="checkbox"/> くよくよしない <input type="checkbox"/> 粘り強い <input type="checkbox"/> 前向き <input type="checkbox"/> 家族を大切に <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 感謝の気持ちを持っている <input type="checkbox"/> 話をよく聞く <input type="checkbox"/> ものを粗末にしない <input type="checkbox"/> 人の世話をやく <input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> しっかりしている <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 意見をはっきりと言う <input type="checkbox"/> 悪口を言わない <input type="checkbox"/> まわりに気を配る <input type="checkbox"/> その他				

家族関係

《各項目とも文例がない場合は手書きで記入する》

現状・状態・本人の対処		家族関係について 本人の望み・意欲・関心	家族関係について 生活機能向上の促進因子	家族関係について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
本人と家族との関係	同居家族_____人 同居家族との関係 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護者 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 時々外出				
主な介護者の態度	介護者は <input type="checkbox"/> 協力的である <input type="checkbox"/> 介護者とほかの家族との関係が悪い <input type="checkbox"/> 最低限度の介護はしている <input type="checkbox"/> 精神的にも肉体的にも大変な介護をしている <input type="checkbox"/> 義務感で介護をしている <input type="checkbox"/> 介護が生活の張り・生き甲斐に思っている <input type="checkbox"/> 直接介護はしてないが、精神的な支えとなっている <input type="checkbox"/> 介護者同士の関係良好、交替で介護している <input type="checkbox"/> 介護方法が理解できていない <input type="checkbox"/> 在宅でみていきたい <input type="checkbox"/> 暴言・暴力・放棄等がある <input type="checkbox"/> その他				
本人の役割	役割 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 留守番 <input type="checkbox"/> 精神的支え <input type="checkbox"/> 家族の話相手 <input type="checkbox"/> 自分の介助方法の指示 <input type="checkbox"/> 家族の指南役 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 家長としての威厳				
別居家族との関係	訪問 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子どもの配偶者 <input type="checkbox"/> その他 電話 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子どもの配偶者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 電話はこちらからかけるのみ <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子どもの配偶者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 緊急時のみ対応 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子どもの配偶者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経済的援助のみ <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子どもの配偶者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他				
介護者の健康と負担度	疾病 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名_____				
	社会参加 <input type="checkbox"/> 勤務あり <input type="checkbox"/> 地域の活動に参加 <input type="checkbox"/> 趣味活動あり <input type="checkbox"/> 介護に専念				
	負担 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> それほどでもない <input type="checkbox"/> ない				
	疲労 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> それほどでもない <input type="checkbox"/> ない				
	愚痴 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> それほどでもない <input type="checkbox"/> ない				

社会関係

《各項目とも文例がない場合は手書きで入力する》

現状・状態・本人の対処		社会関係について 本人の望み・意欲・関心	社会関係について 生活機能向上の促進因子	社会関係について 生活機能向上の阻害因子	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
外出の機会	外出 <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"/> していない				
	要望 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない				
	頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回				
	<input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 半年に1回				
	<input type="checkbox"/> 2~3月に1回 <input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> その他				
行き先・目的 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 親戚の家					
<input type="checkbox"/> 近所の知人の所 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他					
人の出入り	人の出入りを <input type="checkbox"/> 受け入れる <input type="checkbox"/> 誰でも入れてしまう <input type="checkbox"/> 拒否的				
	来てくれる人 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 特定の人のみ <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない				
	どんな人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> セールスマン				
	<input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 <input type="checkbox"/> 医療関係者				
<input type="checkbox"/> 宗教関係者 <input type="checkbox"/> その他					
友人	<input type="checkbox"/> いない				
	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 以前住んでいた所 <input type="checkbox"/> 学生時代の友人				
	<input type="checkbox"/> 子どもの親 <input type="checkbox"/> 宗教を通じての人 <input type="checkbox"/> 趣味を通じての人				
<input type="checkbox"/> 戦友 <input type="checkbox"/> 病院で知り合った人					
<input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 頻繁に会う <input type="checkbox"/> たまに電話等で話す <input type="checkbox"/> 一緒に出かける					
<input type="checkbox"/> 年賀状程度の交流 <input type="checkbox"/> その他					
近隣との関係	<input type="checkbox"/> 交流なし				
	<input type="checkbox"/> 交流あり <input type="checkbox"/> 毎日訪問あり <input type="checkbox"/> おかず等を届けてくれる				
	<input type="checkbox"/> 見守っていてくれる <input type="checkbox"/> 用事があれば来てくれる				
	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先の協力員の関係 <input type="checkbox"/> 支え合う関係がある				
	<input type="checkbox"/> 監視の状態で見ている				
<input type="checkbox"/> その他					
介護者の社会関係	<input type="checkbox"/> 介護のみに専念している <input type="checkbox"/> 勤務している				
	<input type="checkbox"/> 趣味活動を行っている <input type="checkbox"/> 町内会の役を引き受けている				
	<input type="checkbox"/> 介護者の会等に参加している				
	<input type="checkbox"/> 近隣の相談役となっている				
	<input type="checkbox"/> 商売を営んでおり、近隣との付き合いが多い				
	<input type="checkbox"/> 近隣との関係が良くない				
	<input type="checkbox"/> その他				