

記入日 年 月 日 担当：

ふりがな	生年月日	年 月 日	日常生活自立度
氏名	世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他：	障がい高齢者 認知症高齢者
住所	久留米市	電話	
●主訴		●家族の状況・意向	

ADL	用具や工夫、理由や状態	いつごろから
1 起き上がるときの支え	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
2 立ち上がるときの支え	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
3 歩行時の支え	屋内 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
	屋外(15分) <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
4 運動について医師からの制限	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
5 ほか、医師からの注意	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	

日常生活について (IADL)	※本人がしていること していない場合は誰がしているのか？	特記事項	いつごろから
1 炊事	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> ガス (IH) 調理機使用 <input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
2 掃除	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 他： <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
3 洗濯	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
4 ごみ出し	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ 一部 ・ 全部	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
5 買い物	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 注文配達 <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
6 金銭管理	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
7 薬の管理	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  <input type="checkbox"/> 自己管理： 分包 ・ 一包 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ： 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 声かけ： 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 拒否	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他：	
8 通院 買い物 外出の 手段	<input type="checkbox"/> バス 最寄バス停： (バス停まで 分程度) <input type="checkbox"/> 電車 最寄駅：		
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車運転 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他：		
	<input type="checkbox"/> 家族送迎(頻度) 回/月程度		

社会生活 ・ 環境	いつごろから
1 何かしらの役割がありますか 家庭内： 地域：	
2 現在、地域で参加しているものはありますか <input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> いいえ	
また、以前参加していたものはありますか <input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> いいえ	
3 再開したいこと、やってみたいこと等がありますか <input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> いいえ	
4 困ったときに助けてくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> いいえ	
4 家族との交流状況	
近隣、知人、友人との交流状況	
5 自宅や周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 屋内階段や段差	
<input type="checkbox"/> 物干場 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 敷地内階段や段差 <input type="checkbox"/> 周辺の急坂 <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い	
<input type="checkbox"/> 買い物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他：	

認知やうつ ※今までと変わった様子、あてはまるもの	いつごろから
1 <input type="checkbox"/> いつも「あれがない」「これがない」と探している 5 <input type="checkbox"/> 味付けを間違ってしまう	
2 <input type="checkbox"/> 約束の時間や場所を間違える 6 <input type="checkbox"/> リモコンや携帯電話の操作がわからない	
3 <input type="checkbox"/> 部屋が片付かなくなってきた 7 <input type="checkbox"/> 化粧や服装、入浴することに無頓着になってきた	
4 <input type="checkbox"/> 同じ食材がたくさんある 8 <input type="checkbox"/> 「忘れた」ことがわからないことがある	

その他
1 今後、ご自身はどのようにになりたいですか <input type="checkbox"/> 今より元気になりたい <input type="checkbox"/> 今を維持したい <input type="checkbox"/> わからない
自身のためにしていること、心がけていること <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> なし

特記事項 自立度～ <特に留意！>	●支援者の見立て(向上する見込みに対して現状を3段階評価)			コメント：	
		1	2		3
	機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		