

食事チェックシート

～ 該当する項目にチェックしてください

利用者名

食欲はありますか		ある	まあある	あまりない	ない				
最近体重の増減はありましたか		身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg BMI <input type="text"/>							
		あり (<input type="text"/> ヶ月間で <input type="text"/> kg 増加・減少)		変化なし					
水分は1日にどのくらい摂りますか		1日コップ (<input type="text"/>) 杯くらい 内容 (<input type="text"/>)							
朝・昼・夕1日3食食べていますか		食べる	食べないときがある 朝食・昼食・夕食理由 (<input type="text"/>)						
医師からの食事療法はありますか		あり (内容 : <input type="text"/>)			なし				
食事はどなたが作りますか		自分	家族 (<input type="text"/>)	その他 (<input type="text"/>)					
食事に不自由なことはありますか (姿勢や動作、ムセなど)		あり (内容 : <input type="text"/>)			なし				
食事は一口大または小さく刻んで食べていますか		はい (内容 : <input type="text"/>)			いいえ				
その他 (食習慣・食行動等の留意事項)		あり (内容 : <input type="text"/>)			なし				
タンパク質のおかず (肉・魚・卵・豆製品) を毎食1品食べますか		毎食食べる	1日2食	1日1食	ほとんどない				
乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ) を毎日何か摂りますか		毎日食べる	時々食べる 頻度 (週に <input type="text"/> 回)	ほとんど食べない 理由 (<input type="text"/>)					
嫌いな食べ物はありますか		あり (内容 : <input type="text"/>)			なし				
どのようなおやつを食べますか (いくつでも)		菓子パン せんべい 和菓子 アイス 果物 洋菓子 その他			食べない				
どのような惣菜を買いますか (いくつでも)		お弁当 揚げ物 煮物 カップ麺 レトルト その他			買わない				
調査3日前までの食事内容	記入例		前日		2日前		3日前		
	食品名		食品名		食品名		食品名		
	量		量		量		量		
	朝食		朝食		朝食		朝食		
	夕食		夕食		夕食		夕食		
間食		間食		間食		間食			
トースト8枚切り 目玉焼き サラダ ヨーグルト コーンスープ (7時30分)		1枚 1個 1皿 75g 1杯		(時 分)		(時 分)		(時 分)	
山菜うどん みかん (12時15分)		1杯 1個		(時 分)		(時 分)		(時 分)	
ご飯 豚肉の生姜焼き キャベツの千切り 豆腐とわかめの 味噌汁 煮物 (18時00分)		1杯 肉3枚 少量 1杯 1皿		(時 分)		(時 分)		(時 分)	
おせんべい クッキー (15時00分)		2枚 2枚		(時 分)		(時 分)		(時 分)	

服薬状況確認表

利用者名 様 () 歳 (男 ・ 女)

利用者の状況	1. 薬の管理者	本人 家族「配偶者、嫁、その他()」 その他()
	2. 薬の副管理者	なし あり 本人・家族・その他()
	3. 薬効の理解度	ほぼ良好 やや困難 困難(内容)
	4. 薬の保管・管理状況	ほぼ良好 やや困難 困難(内容)
	5. 服薬状況(内服・外用)	良好 時々忘れる 頻繁に忘れる 不明(理由)
	6. 服薬の問題(内服)	なし 服薬拒否 吐き出し 自己調節 その他()
	7. 使用の問題(外用ほか)	なし 貼り薬 塗り薬 吸入薬 坐薬 注射薬 その他()
	8. 服薬可能な剤形	すべての剤形が可能 粉碎・脱カプセル化が必要 経管投与が必要 その他()
援助の必要性	9. 服薬管理	必要なし 管理箱・服薬カレンダーセット 日付 一包化 服用後の確認 声掛け 粉碎 その他()
	10. 服薬援助(内服)	必要なし 1回分の薬を準備する 水を準備する 薬を口の中に入れる 最後に水を飲んでもらう その他()
	11. 使用援助(外用ほか)	必要なし 貼り薬 塗り薬 吸入薬 坐薬 注射薬 その他()
日常生活	12. 睡眠障害	なし 寝入りが悪い 途中で起きる 朝方早く目が覚める 昼夜逆転 夜間徘徊 その他() 睡眠剤使用(有・無)
	13. 食欲(食事量)	あり 3/4量 1/2量 1/4以下 (その他)
	14. 排尿障害	なし あり(内容)
	15. 排便障害	なし あり(内容) 下剤使用(有・無)
アレルギー副作歴	16. 薬剤アレルギー	なし あり(内容)
	17. 食品他アレルギー	なし あり(内容)
その他	18. 視力	日常生活に支障なし 日常生活に支障あり()
	19. 聴力	日常生活に支障なし 日常生活に支障あり()
	20. コミュニケーション	日常生活に支障なし 日常生活に支障あり()

口腔状態確認表

口腔と嚥下	1. 歯	自分の歯()本 義歯 部分入れ歯 総入れ歯 歯がなく義歯もない 義歯があるが使っていない
	2. 歯と口腔の状況	問題なし 口臭あり 食物残渣あり 舌苔が多い 歯や歯茎に問題がある その他()
	3. 口腔ケア	毎食行う 1日1回行う 1日2回行う うがいのみ 全く行っていない
	4. 飲み込み	むせずに飲み込みを行うことができる むせる

<週間スケジュール>

週間での過ごし方を記入して下さい

	記入例	月	火	水	木	金	土	日
深夜	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							
早朝	5:00							
	6:00	起床 朝食						
	7:00	テレビ をみて 過ごす						
午前	8:00							
	9:00	散歩						
	10:00							
	11:00							
午後	12:00	昼食						
	13:00	ゲート ボール						
	14:00							
	15:00	おやつ						
	16:00							
夜間	17:00							
	18:00	夕食						
	19:00	入浴						
	20:00							
深夜	21:00	就寝						
	22:00							
	23:00							

様式4 (課題整理シート)

課題整理シート

氏名			調査日	事前	
				事後	
	内容	事前	事後予測	事後	備考
心身機能・構造	食事				
	排泄				
	口腔ケア				
	睡眠				
	認知				
	行動・心理症状				
	褥瘡・皮膚の問題				
活動	室内移動				
	屋外移動				
	服薬				
	入浴				
	更衣				
	掃除				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	整理・物品の管理				
	コミュニケーション能力				
参加	外出頻度				
	社会との関わり				
環境	介護力				
	居住環境				

< 判定基準 >

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が		改善の可能性が	
高い			低い	高い	低い	
判定	1	2	1	2	× 1	× 2

