

課題整理シート

利用者名	様	調査日	事前		事後	
			事前	事後	6か月後 予測理由・根拠	モニタリング時 事後（結果）理由
心身機能・構造	内容	事前評価	6か月後予測	事後評価	6か月後 予測理由・根拠	モニタリング時 事後（結果）理由
	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	
困難度と改善可能性	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

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： _____ 様

食欲はありますか		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> まあある	<input type="checkbox"/> あまりない	<input type="checkbox"/> ない					
最近体重の増減はありましたか		身長(cm)： _____ 体重(kg)： _____								
		<input type="checkbox"/> あり (_____ ヶ月間で _____ kg <input type="checkbox"/> 増加・ <input type="checkbox"/> 少)		<input type="checkbox"/> 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 (_____) 杯くらい 内容 (_____)								
朝・昼・夕1日3食食べていますか		<input type="checkbox"/> 食べる	<input type="checkbox"/> 食べないときがある <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 理由 (_____)							
1回の食事はどのくらいですか		<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4量 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> 1/4量 <input type="checkbox"/> その他 (_____)								
医師からの食事療法はありますか		<input type="checkbox"/> あり (内容： _____)			<input type="checkbox"/> なし					
食事はどなたが作りますか		<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族 (_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)						
食事に不自由なことはありますか (姿勢や動作、ムセなど)		<input type="checkbox"/> あり (内容： _____)			<input type="checkbox"/> なし					
食事は一口大または小さく刻んで食べていますか		<input type="checkbox"/> はい (内容： _____)			<input type="checkbox"/> いいえ					
その他 (食習慣・食行動等の留意事項)		<input type="checkbox"/> あり (内容： _____)			<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 毎食食べる	<input type="checkbox"/> 1日2食	<input type="checkbox"/> 1日1食	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 毎日食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる 頻度(週に 回)	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない 理由 (_____)						
嫌いな食べ物がありますか		<input type="checkbox"/> あり (内容： _____)			<input type="checkbox"/> な					
どのようなおやつを食べますか (いくつでも)		<input type="checkbox"/> 菓子パン <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> 和菓子 <input type="checkbox"/> アイス <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 洋菓子 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			<input type="checkbox"/> 食べない					
どのような惣菜を買いますか (いくつでも)		<input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> 揚げ物 <input type="checkbox"/> 煮物 <input type="checkbox"/> カップ麺 <input type="checkbox"/> レトルト <input type="checkbox"/> その他 (_____)			<input type="checkbox"/> 買わない					
食事について特に気になることはありますか (なければ空欄)										
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	量	食品名	量	食品名	量	食品名	量	
	朝食	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	1枚 1個 1皿 75g 1杯							
		(7時30分)		(時 分)		(時 分)		(時 分)		
	昼食	山菜うどん みかん	1杯 1個							
		(12時15分)		(時 分)		(時 分)		(時 分)		
	夕食	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	1杯 肉3枚 少量 1杯 1皿							
		(18時00分)		(時 分)		(時 分)		(時 分)		
	間食	おせんべい クッキー	2枚 2枚							
		(15時00分)		(時 分)		(時 分)		(時 分)		

服薬状況確認票

※①～⑮該当する項目にチェックしてください

様

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

口腔状態確認表

口腔と嚙下	①歯	<input type="checkbox"/> 自分の歯 ()本 <input type="checkbox"/> 義歯 部分入れ歯 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯がなく義歯もない <input type="checkbox"/> 義歯があるが使っていない		
	②歯と口腔の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 食物残渣あり <input type="checkbox"/> 舌苔が多い <input type="checkbox"/> 口が乾きやすい <input type="checkbox"/> 歯や歯茎に問題がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
	③口腔ケア	<input type="checkbox"/> 毎食行う <input type="checkbox"/> 1日1回行う <input type="checkbox"/> 1日2回行う <input type="checkbox"/> うがいのみ <input type="checkbox"/> 全く行っていない		
	④口腔ケアを行う人	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 介護サービス提供事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()