

ふりがな  
利用者氏名: \_\_\_\_\_ 様

記入日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者: \_\_\_\_\_

本人・家族からの相談内容など
----------------

1. 活動(運動・移動)について		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	歩行 屋内: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( ) 屋外: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )	
2	転倒傾向 転倒: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> つまづき: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃から・頻度・場所等 ( )	
3	外出手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 状況 ( )	

2. 日常生活について				メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
		本人がしていること	できないことは どうしている?	背景・原因 (いつ頃から?なぜ?)
1	買い物	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物だけ配達してもらう <input type="checkbox"/> 電話・ネットなど注文配達 <input type="checkbox"/> その他		
2	炊事	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> コンロの使用 <input type="checkbox"/> 電子レンジの使用 <input type="checkbox"/> 配下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> その他		
3	洗濯	<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"/> しまう <input type="checkbox"/> その他		
4	掃除	<input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 掃除機 <input type="checkbox"/> モップ <input type="checkbox"/> その他		
5	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ <input type="checkbox"/> その他		
6	金銭管理	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> 小遣い程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金 <input type="checkbox"/> その他		
7	排泄・排便 の心配	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 状況: <input type="checkbox"/> もれ <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 便秘 頻度( )		
8	入浴	頻度 (          回/週・月) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭等 <input type="checkbox"/> 浴槽をまたぐ <input type="checkbox"/> 洗身( )		

3. 社会生活・環境について		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	活動性 <input type="checkbox"/> 毎日していること・役割等( ) <input type="checkbox"/> 仕事をしている 頻度等( ) <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティアに参加している( ) <input type="checkbox"/> 今後、やってみたいこと( )	
2	対人関係 困った時に頼れる人: <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( ) 家族、近隣、友人等との交流: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 状況( )	

4. 健康管理について		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 眠前 ) 状況: <input type="checkbox"/> 忘れずに飲む <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる <input type="checkbox"/> 介助が必要	
2	食生活 栄養状態 回数: 回/日 ( 朝食 時 昼食 時 夕食 時 ) 状況: <input type="checkbox"/> バランスに気を付けている <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> その他( )	
3	水分摂取 <input type="checkbox"/> 気を付けている <input type="checkbox"/> 特に気を付けていない 状況( )	
4	口腔機能 はみがき: <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 義歯: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 歯科受診: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 必要時のみ 低下のサイン: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 唾液が減った	
5	物忘れ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 疑い( ) いつ頃から・頻度等( )	
6	医師から注意を受けていることがあるか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )	
7	健康面で気をつけていることがあるか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )	

5. その他	
1	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 屋内階段 <input type="checkbox"/> その他( )
2	日常生活の中でどのようなことができるようになりたいですか?

メモ(自由記載)

ふりがな  
利用者氏名:

本人の「できないこと」だけでなく、「できること(強み)」にも目を向けましょう。  
小さなことでも承認することで本人のやる気に繋がります。

年 月 日

記入者:

本人・家族からの相談内容など

1. 活動(運動・移動)について		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	歩行 屋内: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( ) 屋外: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )	<p>本人ができている事、できないことに対して、本人や家族がどう思っているのか聞き取りましょう。</p> <p>→ケアプランの「本人・家族の意欲・意向」につなげることができます。</p> <p>その他、項目にないことを聞き取った場合などに、自由に記載してください。</p>
2	転倒傾向 転倒: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> つまづき: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃から・頻度・場所等 ( )	
3	外出手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 状況 ( )	

2. 日常生活について			
	本人がしていること	できないことはどうしている?	背景・原因(いつ頃から?なぜ?)
1	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物だけ配達してもらう <input type="checkbox"/> 電話・ネットなど注文配達 <input type="checkbox"/> その他		<p>どの動作が楽にできないのか? なぜできなくなった(しなくなった)のか原因を具体的に聞き取りましょう</p> <p>→領域における課題の抽出や予後予測がしやすくなります。</p>
2	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> コンロの使用 <input type="checkbox"/> 電子レンジの使用 <input type="checkbox"/> 配下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> その他		
3	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> その他		
4	<p>IADLの行程を分割し、把握することで、生活課題に対する支援の道筋が見えやすくなります。</p>		
	<input type="checkbox"/> 掃除機 <input type="checkbox"/> モップ		
5	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他	
6	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> 小遣い程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金 <input type="checkbox"/> その他		
7	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 状況: <input type="checkbox"/> もれ <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 便秘 頻度( )		
8	頻度 ( 回/週・月) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭等 <input type="checkbox"/> 浴槽をまたぐ <input type="checkbox"/> 洗身( )		

3. 社会生活・環境について		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	活動性 <input type="checkbox"/> 毎日していること・役割等( ) <input type="checkbox"/> 仕事をしている 頻度等( ) <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティアに参加している( ) <input type="checkbox"/> 今後、やってみたいこと( )	
2	対人関係 困った時に頼れる人: <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( ) 家族、近隣、友人等との交流: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
<p><b>日常生活で心がけていることや注意していることなど、その行動が「現状維持に役立っているもの」については前向きに評価し、本人の意欲を引き出せるようであればセルフケアに位置付けることも検討しましょう。</b></p>		
4. 健康		メモ(本人や家族の意向、その他自由記載)
1	<input type="checkbox"/> 毎朝 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よく <input type="checkbox"/> 必要	
2	食生活 栄養状態 回数: 回/日 ( 朝食 時 昼食 時 夕食 時 ) 状況: <input type="checkbox"/> バランスに気を付けている <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> その他( )	
3	水分摂取 <input type="checkbox"/> 気を付けている <input type="checkbox"/> 特に気を付けていない 状況( )	
4	口腔機能 はみがき: <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 義歯: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 歯科受診: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 必要時のみ 低下のサイン: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 唾液が減った	
5	物忘れ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 疑い( ) いつ頃から・頻度等( )	
6	医師から注意を受けていることがあるか ( )	<p><b>水分摂取量、血圧、血糖値、体重、運動時の留意事項等。</b></p>
7	健康面で気をつけていることがあるか ( )	

5. その他	
1	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 屋内階段 <input type="checkbox"/> その他( )
2	日常生活の中でどのようなことができるようになりたいですか? <p><b>本人に具体的なイメージがなく聞き取りづらい場合は、聞き方を工夫することで気持ちを引きだせるかもしれません。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が困っている事、できなくなっていることを「できるようになりたい」と変換してみる。</li> <li>・「取り組んでみようと思うこと」「これならできそう」と思うことがあるかを聞いてみる。</li> <li>・「今のままでいい」とは、何ができていたら「今のまま」を維持できるのか具体的に聞いてみる。 など</li> </ul> <p><b>ここでの聞き取りは、内容によってケアプランの「一年後の目標」や「課題に対する目標」、「セルフケア」などにつなげることができます。</b></p> <p><b>また、今できていることを維持したい、という思いは、今の生活の継続につながる目標とすることもできます。</b></p>
メモ	