

生活状況確認表

相談者 _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 相談または入院サービス利用前の生活状況についてお伺いします。

	No	質 問 項 目	回 答		(特記事項)
一般 健康 状態	1	痛いところや調子が悪いところがありましたか。	なかった	あった	
	2	深く心配なことはありましたか。	なかった	あった	
	3	食事は毎日美味しく食べていましたか。	いた	なかった	
	4	夜は良く眠れていましたか。	いた	なかった	
	5	お通じは定期的になりましたか。	あった	なかった	
		(コメント)		/5	/5
身 辺 処 理	6	立ち・座り, 階段の登り・降り, 室内歩行に支障はありましたか。	なかった	あった	
	7	家の周囲 (約 1km) を歩くのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	8	食事をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	9	トイレ (排尿・排便) をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	10	着替えや身だしなみをするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	11	お風呂に入るのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	12	その他, 特に不具合なこと, 不都合なことはありましたか。」	なかった	あった	
		<コメント>		/7	/7
I A D L ・ 趣 味 ・ 社 会 参 加	13	お金の支払や薬の管理は, ご自分でしていましたか。	いた	いない	
	14	服装や身だしなみには気を配っていましたか。	いた	いない	
	15	新聞や雑誌, 本などを読んでいましたか。	いた	いない	
	16	日記や手紙など字を書いていましたか。	いた	いない	
	17	近くの店に買い物に行っていましたか。	いた	いない	
	18	家のことを何かしていましたか。(例, 掃除・調理・洗濯, 留守番)	いた	いない	
	19	何か好きなことはありましたか。好きなことをしていましたか。	いた	いない	
	20	自家用車やタクシー, バスや電車などで他の市町村まで出かけていましたか。	いた	いない	
	21	家族とお話しをしていましたか。	いた	いない	
	22	ご近所やお友達のところに訪問していましたか。	いた	いない	
	23	地域や世の中の動きについて関心がありましたか。	いた	いない	
	24	地域の集まりに参加していましたか。(例, お祭り, 老人会など)	いた	いない	
	25	地域で何らかの役をしていましたか。(役員, ボランティアなど)	いた	いない	
	<コメント>		/13	/13	
不調・不具合項目			/25		

機関名： _____

記入者名： _____ (職種 _____)

作業聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男 女
-----	--	----	---	----	-----

認知症や寝たきりを予防するためには、家事や社会活動などの作業を維持し、参加していることが重要です。

- 1 そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりたい、改善してみたいと思う事柄がありましたら、3つほど教えてください。
- 3 もし、生活行為・作業の目標がうまく思い浮かばない場合は、興味・関心チェックリストを参考に確認してみてください。
- 2 生活行為・作業の目標が決まりましたら、次にそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。
 - ①実行度・・・左の目標に対して、どの程度実行できている（頻度）と思うか。
十分実行できている場合は実行度10点、まったくできない場合は実行度1点です。
 - ②満足度・・・左の目標に対して、どのくらい満足にできている（内容・充実感）と思うか。
とても満足している場合は満足度10点、まったく不満である場合は満足度1点です。
まったくできない場合実行度1点、まったく不満である場合満足度1点です。

生活行為・作業の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1	実行度	/10	/10
	満足度	/10	
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 2	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 3	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

ご家族の方へ

利用者のことについて、もっとうまくできるようになってほしい。あるいは、うまくできるようになる必要があると思う事柄がありましたら、教えてください。

以下の作業療法について,現在しているものには「している」,過去にしていたがしてみたい・してみたいができないと思ってしていないものに「してみたい」,する・しないにかかわらず興味があるものに「興味がある」に,○をつけてください.

作 業	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る	作 業	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る
掃除				ボーリング			
料理				水泳			
買い物				テニス			
家の手入れ				野球			
洗濯				ダンス・踊り			
車の運転				体操・運動			
畑				散歩			
友人との交流				音楽を聴く・演奏会			
洗濯物たたみ				楽器演奏			
園芸				お茶・お花			
ラジオを聴く				おしゃべり			
テレビを見る				生涯学習			
歌を歌う				旅行			
映画を見る				編み物			
パズルゲーム				針仕事			
手工芸				歴史			
読書				ボランティア			
将棋・囲碁				写真			
観劇				ゴルフ・グランドゴルフ			
絵を描く				温泉			
新聞を読む				子どもの世話			
俳句				動物の世話			
謡曲・詩吟				賃金を伴う仕事			
書道・習字				地域活動(町内会老人クラブ)			
つり				日曜大工			
パソコン・ワープロ				その他()			
宗教活動				その他()			

作業聞き取りシートへ

作業遂行アセスメント表

相談者： _____

作業目標	
------	--

達成可能な ニーズ	
--------------	--

アセスメント項目		心身機能の分析 (精神機能, 痛み・感覚, 神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力, セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具, 環境変化, 支援と関係)
作業遂行の問題を 生じさせている要因				
作業目 標達成 可能な 理由と 根拠	現状能力 (強み)			
	予後予測			

作業遂行向上プラン表

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
			前	後					
企画準備力 PLAN 実行力 DO 検証完了力 SEE			1	1	いつ・どこで・誰が支援して行うか 本人 家族 支援者				
			2	2					
			3	3					
		4	4						
		5	5						
		1	1						
		2	2						
		3	3						
		4	4						
		5	5						
達成						<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 中止			

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

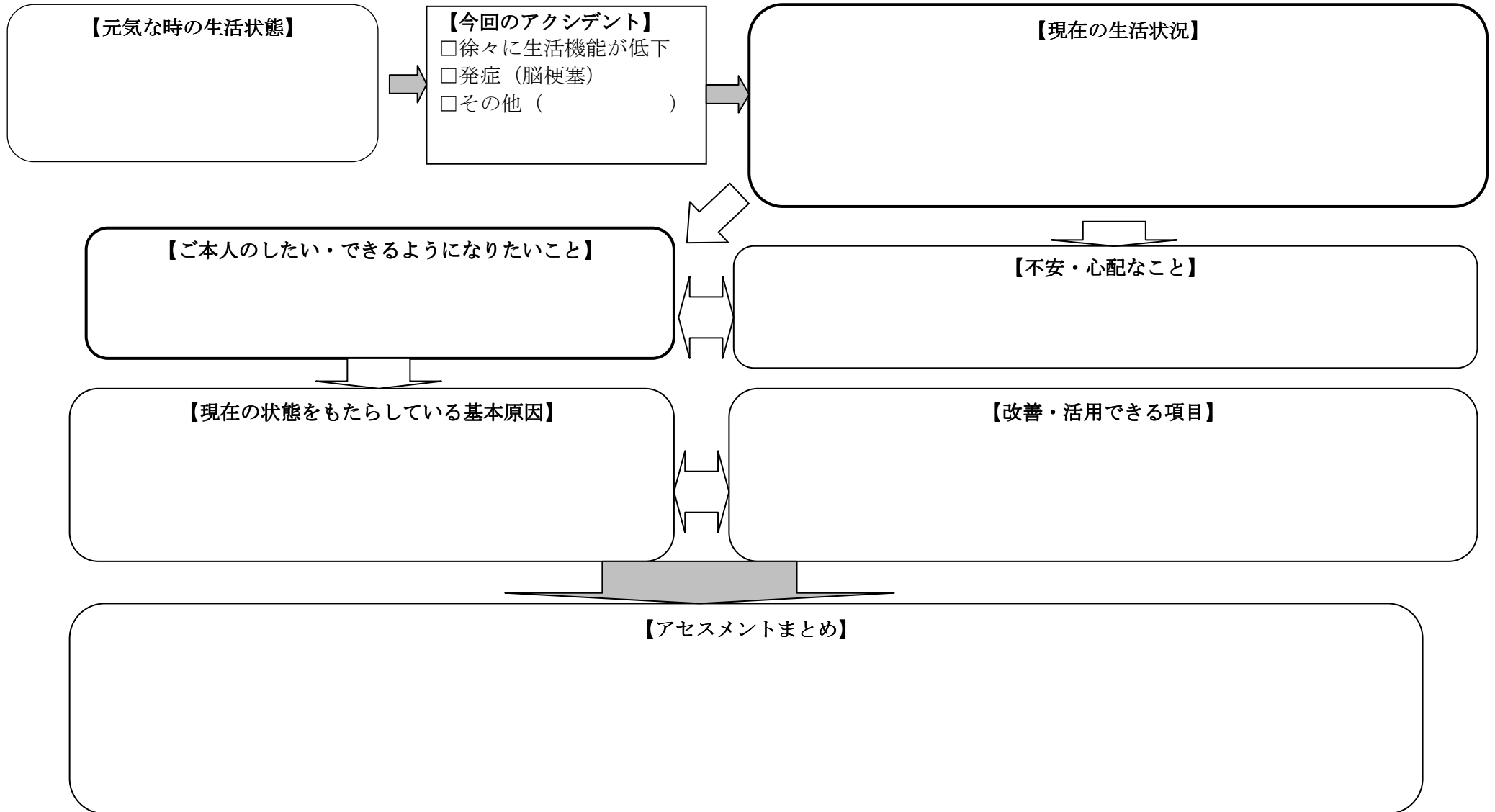
作業をすることで元気になる申し送り表

記入日： 年 月 日

対象者： _____

機関名： _____

担当者名： _____



退院時リハビリテーション指導書

(作業をすることで元気になる申し送り表)

平成 年 月 日作成

氏名_____様のリハビリテーションプログラムについて、下記のとおり指導いたしました。退院後も健康や生活行為を維持するため、引き続き継続できるよう日常生活の中で頑張ってみましょう。

○ ○ 病院 主治 医
作業療法士
理学療法士

【元気な時の生活状態】		【今回入院きっかけ】 <input type="checkbox"/> 徐々に生活機能が低下 <input type="checkbox"/> 発症 (脳梗塞) <input type="checkbox"/> その他 ()		【ご本人の困っている・ できるようになりたいこと】
【現在の生活状況】(本人の能力を記載する) a 自立 b 部分介助 c 介助				【リハビリテーション治療の目的と内容】
ADL 項目	している	できる	特記事項	
食事				【日常生活の主な過ごし方】
いすとベッド間の移乗				
整容				
トイレ動作				
入浴				
平地歩行				
階段昇降				
更衣				
屋内移動				
屋外移動				
公共交通機関利用				
買い物				
食事の準備				
掃除				
洗濯				
整理・ゴミだし				
お金の管理				
電話をかける				
服薬管理				
【アセスメントまとめと留意事項】				
【継続すると良い支援・プログラム】				

