

【利用者基本情報】

氏名： _____ 年齢： _____ 性別： _____ ID： _____

記録日： _____ 担当者： _____

【アセスメント項目チェックリスト】

項目	チェック欄 (☑)	選択肢例	コメント・特記事項
バイタルサイン	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 変動あり	体温、血圧、脈拍、SpO2など	
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏睡	JCS、GCSなど	
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 不可	食事形態、経管栄養など	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 失禁	トイレ・オムツ・導尿など	
移動・歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行器・車椅子など	
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褥瘡	発赤部位・褥瘡ステージなど	
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	NRS・VASスケール	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 不能	言語・非言語など	
家族・支援体制	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支援あり	支援内容・頻度など	
その他			

日時	内容 (詳細な状況、観察所見、本人・家族の希望や課題など)