

ご利用者 評価票(事前評価)

評価日 年 月 日

＊科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）・口腔栄養スクリーニングを参考に作成

利用者ID；

氏名

殿

評価者ID；

評価者名

要介護度：□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

認定期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

障害高齢者の日常生活自立度：□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2

認知症高齢者の日常生活自立度：□自立 □I □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 □男 □女

現病歴・既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症（高脂血症） 4. 脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、）
5. がん 6. 肝臓病（ ） 7. 腎臓病（ ） 8. 心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈、） 9.
神経疾患（パーキンソン病、） 10.視力障害（ほとんど見えない） 11. 聴力障害（ほとんど聞こえない） 12.
整形外科疾患（変形性膝関節症、変形性腰椎症、脊柱管狭窄症、） 13. 1年以内の骨折（骨のひび） 14. 呼吸
器系疾患（慢性気管支炎、ぜんそく、肺気腫、結核、） 15. その他（ ）

服薬情報〔任意項目〕 （収集なし）

1.薬剤名（ ）（ /日）（処方期間 年 月 日～ 年 月 日）
2.薬剤名（ ）（ /日）（処方期間 年 月 日～ 年 月 日）
・
・
・

〔任意項目〕

同居家族等 □なし □あり（□配偶者 □子 □その他）（複数選択可）

家族等が介護できる時間 □ほとんど終日 □半日程度 □2～3時間程度 □必要な時に手をかす程度 □その他

ADL：Barthel index

	自立	一部介助	全介助
①食事	□10	□5	□0

上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？

1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる

②椅子とベッド間の移乗	□15	□10←（監視下）	
		（座れるが移れない）→ □5	□0

上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？

1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる

③整容	□5	□0	□0
-----	----	----	----

上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？

1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる

④トイレ動作	□10	□5	□0
--------	-----	----	----

上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？

1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる

総論	⑤入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑥平地歩行	☐ 15	☐ 10←（歩行器等）	
		（車椅子操作が可能）→ ☐ 5		☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑦階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑧更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑨排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる				
⑩排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？				
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる				
Barthel Index得点		点		
在宅復帰の有無等〔任意項目〕				
☐ 入所/サービス継続中				
☐ 中止（中止日： ）				
☐ 居宅（※） ☐ 介護老人福祉施設入所 ☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 介護医療院入所				
☐ 医療機関入院 ☐ 死亡 ☐ 介護サービスを利用しなくなった ☐ その他				
※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）				

認知症	認知症の診断					
	☐ なし ☐ あり（診断日 年 月 日： ☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他（ ））					
	DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）					
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
	①日常的な物事に関心を示さない	0	1	2	3	4
	②特別な事情がないのに夜中起き出す	0	1	2	3	4
	③特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4
	④やたらに歩きまわる	0	1	2	3	4
	⑤同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4
	⑥同じ事を何度も何度も聞く	0	1	2	3	4
	⑦よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4
	⑧昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4
⑨口汚くののしる	0	1	2	3	4	
⑩場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4	
⑪世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4	
⑫物を貯め込む	0	1	2	3	4	
⑬引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	0	1	2	3	4	
DBD13得点					点	

Vitality Index									
①起床		2. いつも定時に起床している 1. 起こさないと起床しないことがある 0. 自分から起床することはない							
②意思疎通		2. 自分から挨拶する、話し掛ける 1. 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる 0. 反応がない							
③食事		2. 自分から進んで食べようとする 1. 促されると食べようとする 0. 食事に関心がない、全く食べようとしない							
④排せつ		2. いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う 1. 時々、尿意便意を伝える 0. 排せつに全く関心がない							
⑤リハビリ・活動		2. 自らリハビリに向かう、活動を求める 1. 促されて向かう 0. 拒否、無関心							
Vitality Index得点						点			
身体機能評価 （※握力以外の運動能力に関しては、少数第二位まで記載）									
Short Physical Performance Battery									
バランステスト （□実施不可 □実施拒否 備考： ）←実施しなかった場合は記載してください。									
『閉脚立位』				実施困難	□	0点	(A1)	A1+A2+A3 =(A) 点	
両足を付けた状態で 10 秒保持		秒	10秒未満	□			点		
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			10秒以上可能	□	1点				
『セミタンデム立位』				実施困難	□	0点	(A2)	点	
片足の踵ともう片足の親指を付けた状態で 10 秒保持		秒	10秒未満	□			点		
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			10秒以上可能	□	1点				
『タンデム立位』				実施困難	□	0点	(A3)	点	
片足の踵ともう片足のつま先を付けた状態で 10 秒保持		秒	3秒未満	□			点		
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			3～9.99秒	□	1点				
			10秒以上可能	□	2点				
歩行テスト(□実施拒否 □補助具の使用(補助具名：))				実施困難	□	0 点	(B)		
1回 目	(小数点第二位まで記録)			8.70秒以上	□	1 点	点		
				6.21～8.70秒	□	2点			
2回 目	(小数点第二位まで記録)			4.82～6.20秒	□	3 点			
				4.82秒未満	□	4 点			

5回椅子立ち上がりテスト (□実施拒否 備考:)				
1回目	(少数点第二位まで記録)	実施困難	□	0点
		16.7秒以上	□	1点
		13.7～16.6秒	□	2点
		11.2～13.6秒	□	3点
		11.1秒未満	□	4点
合計点			【(A)+(B)+(C)】 点	
その他身体機能テスト				
	Timed Up and Go Test (少数点第二位まで記録) (□実施不可 □実施拒否 □補助具の使用(補助具名:))		握力 (少数点第一位まで記録) (□実施不可 □実施拒否 備考:)	
1回目		秒	Kg	
2回目		秒	Kg	

ニーズ・ホープと目標						
利用者本人の希望（興味・関心）			家族の希望			
利用者本人の社会参加の状況			利用者の居宅の環境（環境因子）			
	目標		達成状況（中間・最終時のみ記入）			
中間 評価	（機能）					
	（活動）					
	（参加）					
最終 評価	（機能）					
	（活動）					
	（参加）					
精神的健康状態						
●以下の5つの項目について、最近2週間のあなたの状態に最も近いものに○をつけて下さい（○は一つ）。 例、最近2週間のうち半分以上の期間を、明るく楽しい気分で過ごした場合には、3に○をつける。						
最近2週間、私は・・・	いつも	ほとんど いつも	半分以上の 期間を	半分以下の 期間を	ほんの たまに	まったく ない
① 明るく、楽しい気分 で過ごした。	5	4	3	2	1	0
② 落ち着いた、リラックスした 気分 で過ごした。	5	4	3	2	1	0
③ 意欲的で、活動的に 過ごした。	5	4	3	2	1	0
④ ぐっすりと休め、気持ちよく め ざめた。	5	4	3	2	1	0
⑤ 日常生活の中に、興味のある こ とがたくさんあった。	5	4	3	2	1	0
●現在のあなたの健康状態はいかがですか？						
1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない						