伊勢市危険度チェックシート

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 調査日 | 　回目 |  　　　年　　　月　　　日 |
| 年齢 |  | 性別 |  | 　回目 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 | 病名 | 　回目 | 　回目 | 備考 |
| 1 | 右記の生活習慣病で受診していますか | 糖尿病 |  |  |  |
| 高血圧 |  |  |  |
| 高脂血症 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 2 | 右記の内科疾患で受診していますか | 腎臓病 |  |  |  |
| 心臓病 |  |  |  |
| 肝臓病 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問項目　 |  回目 |  回目 | 備考 |
| 1 | 心筋梗塞、脳卒中を６ヶ月以内に起こしましたか |  |  |  |
| 2 | 狭心症、心不全、不整脈がありますか |  |  |  |
| 3 | 収縮期血圧180mmHg以上、拡張期110mmHg以上の高血圧がありますか |  |  |  |
| 4 | 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫など）で息切れ、呼吸困難がありますか |  |  |  |
| 5 | 糖尿病で重篤な合併症がありますか |  |  |  |
| 6 | 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がありますか |  |  |  |
| 7 | 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がありますか |  |  |  |
| 8 | サービスの実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がありますか |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 |  回目 |  回目 | 備考 |
| 1 | 摂食・嚥下障害はありますか |  |  |  |
| 2 | 3ヶ月の間に体重が3～5kg減りましたか |  |  |  |
| 3 | 3ヶ月の間に体重が3～5kg増えましたか |  |  |  |
| 4 | 食事制限（食物アレルギー）はありますか |  |  |  |
| 5 | 水分制限はありますか |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 |  回目 |  回目 | 備考 |
| 1 | この1ヶ月の体調は不調ですか |  |  |  |
| 2 | 歯や口の中の痛みはありますか |  |  |  |
| 3 | 窒息や誤嚥等の兆候やトラブルはありますか |  |  |  |
| 4 | 口のことで気がかりなことはありますか |  |  |  |

（記入の仕方）

・初回はアセスメントの段階で調査し、左欄を「1回目」とし、○×で記載してください。

・継続は評価（6ヶ月）の段階で調査し、右欄を「2回目」とし、○×で記載してください。

 ただし、モニタリング時に病状等に変化があると判断される場合は、モニタリング時に調査してください。

・その後の継続は、左欄「3回目」右欄「4回目」というふうに順に記載してください。 (以下同じ)

・「その他」に該当する場合及び特記事項がある場合は「備考」欄に記載してください。

・本人確認で不明な点がある場合は、可能な限り主治医等に確認するよう努めてください。