【　生活機能評価　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　泉大津市（様式２）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | 性別 | 調査日 | 事前 | 令和 年　　　月　　　日 |
| 　 | 　 | 事後 | 令和 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 事前 | 事後予測 | 備考 |
| ＡＤＬ | 室内歩行 |  |  |  |
| 屋外歩行 |  |  |  |
| 外出頻度 |  |  |  |
| 排泄 |  |  |  |
| 食事 |  |  |  |
| 入浴 |  |  |  |
| 着脱衣 |  |  |  |
| ＩＡＤＬ | 掃除 |  |  |  |
| 洗濯 |  |  |  |
| 買い物 |  |  |  |
| 調理 |  |  |  |
| ごみ出し |  |  |  |
| 通院 |  |  |  |
| 服薬 |  |  |  |
| 金銭管理 |  |  |  |
| 電話 |  |  |  |
| 社会参加 |  |  |  |

※事前には現状の自立度を、**事後予測には本プラン終了時に変化が予測される項目のみを記入**してください。

備考にはできること、できないことを具体的に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自立度 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 困難度と改善可能性 | 楽にできる | 少し難しい | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い |
| 判定 | ○１ | ○２ | △１ | △２ | ×１ | ×２ |

【　生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等　】

|  |  |
| --- | --- |
| 個　人　因　子 | 環　境　因　子 |
| 　 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬 | 　 |
| 心身の状況（水分・排便・睡眠・食事カロリー・活動量等含む） | 　 |
| その他利用事業 | 　 |
| ケース提出理由（助言を受けたいこと等） | 　 |