

# 運動器機能向上加算事前アセスメント票(西東京市版)

評価実施日	平成 年 月 日	評価者名	(職種 )
氏名		性別	
生年月日	M T S 年 月 日( 歳)	要介護度	
身長		cm	
体重		kg	

握力(kg)	kg; 右・左
開眼片足立ち時間(秒)	秒; 右・左
通常歩行時間(秒)	秒
最大歩行時間(秒)	秒
立ち回りテスト(TUG)(秒)	秒

この1年間に転んだことがある	はい ・ いいえ
日常の移動能力について、一人で外出(遠出)できる	はい ・ いいえ
これまでしていたのに、できなくなったことがある	はい ・ いいえ
具体的に (例:階段の昇り降りがおっくうになってきた等)	

## 【特記事項】

--

# 口腔機能向上加算事前アセスメント票(西東京市版)

評価実施日	平成 年 月 日	評価者名	(職種 )
氏名		性別	
生年月日	M T S 年 月 日( 歳)	要介護度	

かむ力について	5. どんなものでも、かんで食べられる 4. かみにくいものもあるが、たいていのものは食べられる 3. 普通のたべものでもかみきれない事がある 2. あまりかめない。食べ物が限られる 1. ほとんどかめない
飲み込む力について (30秒間で何回だ液を飲み込めるか)	5回以上 ・ 4回 ・ 3回 ・ 2回 ・ 1回以下
話す・しゃべることについて(口の機能)	5. 困ることはない 4. 時々話しにくい時がある 3. 話しにくいときがある 2. 普段から話しにくい 1. とても困っている
口の状態の満足度について	5. とても満足 4. ほぼ満足 3. 普通 2. 困っている(具体的に ) 1. つらい(具体的に )

## 口腔清掃について

歯科医院で歯磨きや入れ歯の清掃指導を受けたことがある	はい ・ いいえ
歯磨きを5分以上やっている、または義歯ブラシなどを使って入れ歯を洗っている	はい ・ いいえ
1日2回以上、歯磨き(入れ歯の清掃)をしている	はい ・ いいえ
舌の清掃をしている	はい ・ いいえ
口臭は気にならない	はい ・ いいえ

## 【特記事項】

--

## 栄養改善加算事前アセスメント票(西東京市版)

評価実施日		評価者名	(職種)
氏名		性別	
生年月日	M T S 年 月 日( 歳)	要介護度	

身長(cm)	cm
体重(kg)	kg
BMI 【BMI = 体重(kg) ÷ 身長(cm) ÷ 身長(cm) × 10000】	

現在の健康状態は	よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない
この6ヶ月で2～3kg以上急激に体重減少がある	はい ・ いいえ
歯や口腔、飲み込みの問題がある	はい ・ いいえ
下痢が続いたり、下剤を常用している	はい ・ いいえ
便秘が続いている	はい ・ いいえ
最近、入院を経験した	はい ・ いいえ
1日に5種類以上の薬を飲んでいる	はい ・ いいえ
1日に食べるのは、2食以下である	はい ・ いいえ
主食(ごはんなど)や主菜(おかず)を食べる量が減ってきた	はい ・ いいえ
牛乳・乳製品をとっていない	はい ・ いいえ
毎日一人で食事している	はい ・ いいえ
日常的に体を動かさなくなってきた	はい ・ いいえ
自分で食べ物を買に行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じている	はい ・ いいえ
食べる気力や楽しみを感じられない	はい ・ いいえ

【特記事項】