

アセスメントチェックシート



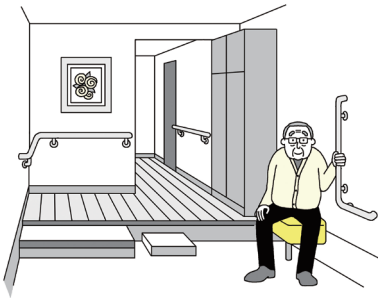
ご不便・お困りご
とありませんか？



玄関編

該当すれば✓

- ① 段差が大きく、つらい
- ② くつの脱ぎ履きがつらい
- ③ 玄関外の階段がしんどい



○を記載

手すり

有り 無し

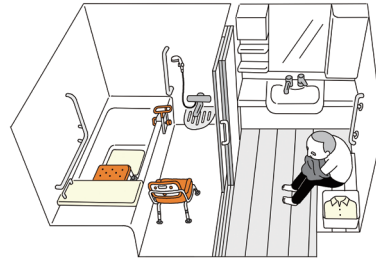
不足



浴室編

該当すれば✓

- ① 洗い場での立ち座りがつらい
- ② 浴槽に入りにくい
- ③ 洗い場で滑って転びそうになる



○を記載

手すり

有り 無し

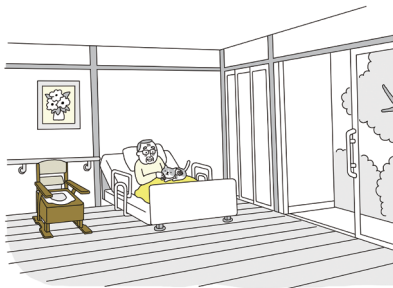
不足



屋内移動編

該当すれば✓

- ① 廊下の階段で転びそう
- ② 部屋への出入りをつまずく
- ③ 階段の昇り降りがしんどい
- ④ ベッドやソファへの立ち上がりがつらい
- ⑤ ひとりでトイレまで行けない



○を記載

手すり

有り 無し

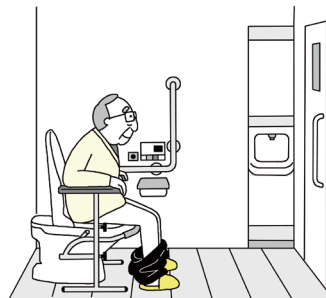
不足



トイレ編

該当すれば✓

- ① 立ち座りがしんどい
- ② 入口をつまずく
- ③ ドアノブが回しにくい
- ④ 座位姿勢を保つのがつらい
- ⑤ 服の着脱でふらつく



○を記載

手すり

有り 無し

不足

メモ

.....

お客様名	様	チェック日	年	月	日
販売店名		担当者名			
ケアマネジャー(CM)	事業所名:				担当者名:

記載、2枚コピー後、1枚をお客様に、1枚をCMに、原紙が控えです