

アセスメントシート 4

	時期	病名	医療機関	内容（受診状況など）
既往歴				
服薬状況				内服： 自立・一部介助・全介助 感染症
身体状況	一般状態			
	栄養状態			
	口腔状態	義歯：有（合う・合わない・痛む）・無 しみる：有・無 動揺痛：有・無 歯痛：有・無 歯肉の炎症：有・無 口臭：有・無 食物検査：有・無		
	身長体重	c m	k g	
	その他			
	睡眠	普通	まあまあ眠れる	あまり眠れない
			睡眠時間	
生活歴				嗜好 【飲酒】 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 【喫煙】 <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない
社会的活動等	外出頻度 外出先			
	相談相手 など			
	趣味 楽しみ			