

(様式2)

令和 年度堺市被保護者健康管理支援事業 個別支援計画及び支援状況連絡票

健康管理支援番号		ケース番号		世帯員番号		対象者名		支援担当者名	
----------	--	-------	--	-------	--	------	--	--------	--

1. 本人の希望

(1) 希望する暮らし

(2) 希望する暮らしのためにやってみたいこと(目標)(優先順位順)

		最終評価(判定)				効果
目標1		<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 一部改善	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 悪化	/  %
目標2		<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 一部改善	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 悪化	
目標3		<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 一部改善	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 悪化	

※改善:目標の60%以上改善、一部改善:何らかの改善あり、不変:介入時と変化なし、悪化:介入時より悪化

2. 現状及び課題

(1) 基本情報

	身長	体重	BMI	体脂肪	腹囲	血圧
初回		kg	kg/m <sup>2</sup>	%	cm	/ mmHg
評価	cm	kg	kg/m <sup>2</sup>	%	cm	/ mmHg

健康管理支援	初 回	評 価
実施日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
実施時間		
実施方法	訪問 / 電話 / 来所	訪問 / 電話 / 来所

1-1	世帯構成 面談者の状況	① 独居 ② 夫婦二人暮らし ③ 家族と同居 ④ その他(※状態を回答枠に記入)		
1-2	主観的な自覚 症状の有無	① なし ② あり(※具体的な症状を回答枠に記入)		
1-3	自立状況	A:日常生活自立状況(※生活全般を通して検討) ① 問題なし(自立) ● 問題あり(② 軽度の援助を要すがほぼ自立 ③ 要援助)		
		B:援助を要す項目(※Aで③と回答の場合のみ) ① 食事の準備 ② 整容行動 ③ 買い物 ④ 炊事 ⑤ 洗濯 ⑥ 掃除 ⑦ 歩行 ⑧ 乗り物を利用した移動 ⑨ 服薬管理 ⑩ 金銭管理 ⑪ 電話の使用	<複数回答可>	<複数回答可>

## (2) 日常生活情報

(2) 日常生活情報			初 回	評 価
2-1	日常の 過ごし方	A：主な状態 ① 家の事 ② 趣味 ③ 地域活動 ④ 特に何もしていない ⑤ その他（※状態を回答枠に記入）		
		B：特に何もしていない理由 （※Aで④と回答の場合のみ） ① 体が不自由 ② 疾病がある ③ 外出が嫌い ④ 面倒くさい ⑤ その他（※理由を回答枠に記入）	< 複数回答可 >	< 複数回答可 >
2-2	運動の状況	A：運動習慣の有無 ① 運動をしている ② 運動はしていない		
		B：運動の頻度（※Aで①と回答の場合） ① 週3日以上 ② 週1～2日 ③ 月1～2日		
		C：運動内容（※Aで①と回答の場合） ① 散歩・ウォーキング ② 体操・ストレッチ ③ 水泳 ④ 自転車 ⑤ その他（※運動の種類を回答枠に記入）	< 複数回答可 >	< 複数回答可 >
2-3	食生活の状況	A：食事回数 ① 1日3食 ② 1日4食以上 ③ 欠食あり		
		B：食欲 ① あり ② なし		
		C：摂食機能障害 ① なし ② あり（※問題点を回答枠に記入）		
2-4	栄養・食事 の問題点	① なし ● あり [ ② 食品の摂取バランス（例：肉過剰・野菜不足など） ③ 量（過剰過少） ④ 食事回数 ⑤ 過剰な間食 ⑥ 水分摂取 ]	< 複数回答可 >	< 複数回答可 >
2-5	飲酒・喫煙	A：飲酒頻度 ① 全く飲まない ② ほとんど飲まない（月1回～2回） ③ 週2～3日程度 ④ 週4日以上		
		B：飲酒量 ① 全く飲まない ② 適量 ③ 過剰		
		C：飲酒内容 ① ビール ② 発泡酒 ③ 焼酎 ④ 日本酒 ⑤ 洋酒	< 複数回答可 >	< 複数回答可 >
		D：煙草 ① 吸わない ② 1日10本未満 ③ 1日10本以上20本未満 ④ 1日20本以上		

### (3) 療養状況

(3) 療養状況			初 回	評 価
3-1	かかりつけ医	① なし ② あり [ 医療機関名: ]		
3-2	健康診査	A: 健康診査受診状況 ① 毎年受診 ② 不定期受診 ③ 受診していない		
		B: 健診結果の理解 (※Aで①または②と回答した者のみ) ① 概ね理解できている ② あまり理解していない ③ 全く理解していない		
		C: 健康診査未受診の理由 (※Aで②または③と回答した者のみ) ① 特に体に問題がない ② 面倒 ③ 結果を聞くのが怖い ④ かかりつけ医がいるから良い ⑤ 交通の手段がない ⑥ その他 (※回答枠に内容を記載)		
3-3	医療機関 受診状況	A: 受診状況 ① 受診なし (※該当者は「3-3 B」以降「3-5」まで除外) ● 受診あり [ ② 外来 ③ 往診 ④ 検査のみ (年 回) ]		
		B: 受診医療機関数 ① 1か所 ② 2か所 ③ 3か所 ④ 4か所以上		
		C: 医療機関受診回数 (1月あたり) ① 4回以下 ② 5～9回 ③ 10～14回 ④ 15～19回 ⑤ 20回以上		
3-4	治療中及び 経過観察中 の疾患	① 高血圧 ② 脂質異常症 ③ 糖尿病 ④ 痛風 ⑤ 心・循環器系疾患 ⑥ 呼吸器系疾患 ⑦ 腎・泌尿器系疾患 ⑧ 肝疾患 ⑨ 消化器系疾患 ⑩ 貧血 ⑪ 甲状腺 ⑫ 婦人科系疾患 ⑬ 精神疾患 (認知症含む) ⑭ 脳・神経系疾患 (パーキンソン病含む) ⑮ 眼・耳鼻科疾患 ⑯ 歯科 ⑰ 皮膚科疾患 ⑱ 腰痛及び坐骨神経痛 ⑲ 骨粗鬆症 ⑳ 骨折 ㉑ リウマチ・関節疾患 ㉒ その他 (※疾患名を回答枠に記入)	<複数回答可>  *3-3-Aで②～④と回答 した者のみ	<複数回答可>  *3-3-Aで②～④と回答 した者のみ
3-5	治療・処置 などの内容	● 投薬 [ ① 服薬 ② 外用薬 ] ③ 注射 ④ 処置 ⑤ 画像診断 ⑥ 血液検査 ⑦ 理学療法 ⑧ インスリン自己注射 ⑨ 吸入 ⑩ その他 (※治療・処置の内容を回答枠に記入)	<複数回答可>	<複数回答可>
3-6	未治療の状況	A: 未治療, 若しくは治療を中断している疾患 ① あり ② なし		
		B: 未治療, 若しくは治療を中断している疾患名・区分 (※Aで①と回答した者のみ) ① 高血圧 ② 脂質異常症 ③ 糖尿病 ④ 痛風 ⑤ 心・循環器系疾患 ⑥ 呼吸器系疾患 ⑦ 腎・泌尿器系疾患 ⑧ 肝疾患 ⑨ 消化器系疾患 ⑩ 貧血 ⑪ 甲状腺 ⑫ 婦人科系疾患 ⑬ 精神疾患 (認知症含む) ⑭ 脳・神経系疾患 (パーキンソン病含む) ⑮ 眼・耳鼻科疾患 ⑯ 歯科 ⑰ 皮膚科疾患 ⑱ 腰痛及び坐骨神経痛 ⑲ 骨粗鬆症 ⑳ 骨折 ㉑ リウマチ・関節疾患 ㉒ その他 (※疾患名を回答枠に記入)	<複数回答可>  *Aで①と回答した者のみ	<複数回答可>  *Aで①と回答した者のみ
		C: 未治療, 若しくは治療を中断している理由 (※Aで①と回答した者のみ) ① 特に体調に問題がない ② 疾患・治療に対しての理解不足 ③ 面倒 ④ その他 (※回答枠に理由を記載)	<複数回答可>  *Aで①と回答した者のみ	<複数回答可>  *Aで①と回答した者のみ
3-7	薬剤管理状況	A: お薬手帳の 認知利用 状況 ● 持っている [ ■ 正しく理解している (① 使っている ② 使っていない) ■ 正しく理解していない (③ 複数所有 ④ 言われるまま使用 ⑤ その他 (※内容を回答枠に記入)) ] ● 持っていない (⑥ 正しく理解している ⑦ 正しく理解していない)		
		B: ジェネリックの 認知利用状況 ● 知っている [ ■ 希望する (① 投薬歴あり ② 投薬歴なし) ■ 希望しない (③ 投薬歴あり ④ 投薬歴なし) ] ● 知らない [ ⑤ 投薬歴あり ⑥ 投薬歴なし ]		
		C: 薬剤の飲み残し状況 ① 飲み残しはない ② 飲み残しがある		
		D: 残薬の伝達 ① 医師や薬剤師に伝えている ② 伝えずに次回投薬を受ける (※Cで②と回答した者のみ記入)		

#### (4) 課題及び課題に対する改善策

[illegible]

[illegible]

3. 個別支援計画及び進捗

予定するアクション・フォロー		関係機関・関係者	進捗状況確認		
時期	内容		時期	状況	振り返り

※計画の主旨・方針について（どのような理由からこの計画を策定したかなど、この計画のポイントとなる事項について）

4. 全体の振り返り

評価日		令和          年          月          日（          ）
振り返り	改善できたこと	
	つなげられた社会資源	
	次に改善していきたいこと	
暮らしの変化（自己評価）		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 一部改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化

※改善：目標の60%以上改善、一部改善：何らかの改善あり、不変：介入時と変化なし、悪化：介入時より悪化

暮らしの変化（支援担当者）	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 一部改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
担当者所見と評価理由	
セルフケア能力※	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

※セルフケア能力：対象者が自身の生活を振り返り、日常生活における問題点を把握して、改善に向け何らかの取り組みの必要性を感じ、自ら行動に移すことができている。