

アセスメントシート

居宅介護支援センター〇〇〇 独自様式

NO. 1

初回作成日 令和 年 月 日
 更新日 令和 年 月 日
 更新日 令和 年 月 日

相談日 令和 年 月 日
 相談者 様 続柄

担当CM (実施者)			アセス理由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更	
				<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 退所	<input type="checkbox"/> その他	
面談場所			同席者				
基本事項	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	名前	() 様		生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	
		(旧姓)				<input type="checkbox"/> 昭	
住所 〒			電話番号				
保険情報	介護保険	被保険者番号			所得	<input type="checkbox"/> 国	
	生保	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	受給者番号	月額 ()		
	要介護区分	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	事業対象者		身障手帳
		要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
認定日	令和 年 月 日	認定期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	
生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
認知症自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		減免	<input type="checkbox"/> サービス費 <input type="checkbox"/> 施設利用			
相談経緯							

家族		同居別居	緊急連絡先		住所		
氏名	続柄		固定電話	携帯電話			
家族構成		住環境	1日の生活				
		<input type="checkbox"/> 一戸建て	6:00 9:00 12:00 15:00 18:00 21:00 24:00	本人	家族	週予定	
		<input type="checkbox"/> 集合住宅				日	
		<input type="checkbox"/> 持ち家					月
		<input type="checkbox"/> 賃貸					火
		<input type="checkbox"/> 間借り					水
		エレベーター					木
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					金
		トイレ					土
		<input type="checkbox"/> 和 <input type="checkbox"/> 洋					
		冷暖房					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
段差箇所							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
希望する連絡時間帯							
誰に		時間帯					
生活状況							
<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢所帯	<input type="checkbox"/> 日中独居					