アセスメントシート②

居宅介護支援センター〇〇〇　独自様式

NO. 2

氏名	様	初回作成日	令和　年　月　日
		更新作成日	令和　年　月　日

	本人の希望	家族及び関係者の希望
主訴		

	生活歴（出身地・職歴等）	1日の過ごし方
生活・社会		

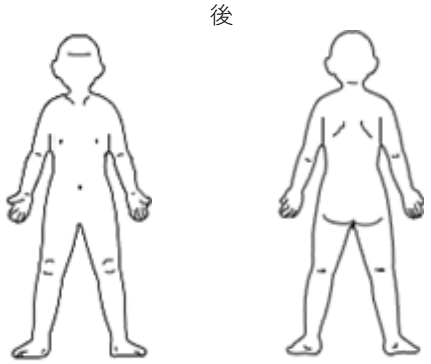
	趣味・嗜好		友人・地域・社会参加
生活・社会	☐ アルコール　／日	☐ タバコ　／日	

病歴	現病		既往歴	
	発症年月日	病名	発症年月日	病名

医療機関	病院名	受診科目	担当医	電話番号
	病院名	受診科目	担当医	電話番号
	病院名	受診科目	担当医	電話番号

身体状況						
皮膚疾患	☐ 無	☐ 褥瘡	☐ 湿疹	☐ かゆみ	☐ 水虫	☐ その他（　　）
感染症	☐ 無	☐ 結核	☐ 肺炎	☐ 肝炎	☐ 感染	☐ ＭＲＳＡ　☐ その他
特別な医療処置	☐ 胃ろう	☐ 経口	☐ バルン	☐ 気管切開	☐ 人工透析	
	☐ 麻薬	☐ 経鼻	☐ ストマ	☐ 在宅酸素	☐ ペースメーカー	
麻痺	☐ 無	☐ 有（　　）				
痛み	☐ 無	☐ 有（　　）				
便通の状況	☐ 正常	☐ 便秘	☐ 軟便	☐ 下剤		
身長	cm	体重	kｇ			
BMI						

前　後



認知症														
	☐ 無し	☐ 軽度	☐ 中度	☐ 重度										
	ＢＰＳＤ（不適応行動）	☐ 無し	☐ 帰宅願望	☐ 大声	☐ 作話	☐ 妄想	☐ 幻視	☐ 介護拒否						
		☐ 暴言	☐ 暴力	☐ 昼夜逆転	☐ 不安	☐ 不穏	☐ 幻聴	☐ 収集癖						