アセスメントシート

独自様式（R5.4）
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	■ 新規　□ 更新　□ 変更 □ 退院　□ 退所　□ その他
面談場所		同席者	

基本事項	ふりがな		性別	■ 男　□ 女
	名前	様　歳 （　旧姓　）	生年月日	□ 明　□ 大　■ 昭 年　月　日
	住所	〒	電話番号	

保険情報	介護保険	被保険者番号		認定日	令和　年　月　日
	要介護区分	要介護	■ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5	要支援	□ 1　□ 2　事業対象　□
	認定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日			

負担割合	□ 1割　□ 2割　□ 3割	減免	□ サービス費　□ 施設利用
収入状況		生活保護	■ 無　□ 有　担当ワーカー 受給者番号
障害手帳	■ 無　□ 有　種類　手帳　級　種	担当ワーカー	
生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2		
認知症自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M		
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

希望する連絡時間帯

誰に		時間帯	

世帯状況

□ 独居　□ 高齢所帯　□ 日中独居
□ その他（　）

住環境

■ 一戸建て
□ 集合住宅　階
□ 持ち家
□ 賃貸・間借り

エレベーター
■ 無　□ 有

トイレ
■ 無　□ 有

冷暖房
■ 無　□ 有

段差及び危険箇所
（　）
（　）
（　）
（　）
（　）

1日の生活

	本人	家族
6:00		
9:00		
12:00		
15:00		
18:00		
21:00		
24:00		