アセスメントシート

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**
	☐ アルコール ／日　☐ タバコ ／日	

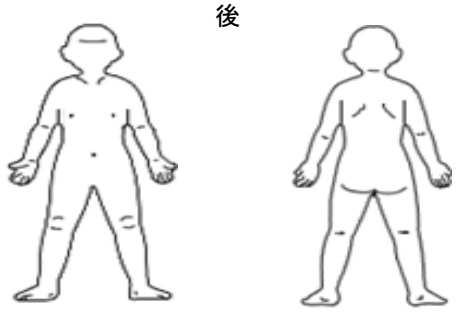
	疾患	介護力（生活・就労状況）
家族		

病歴	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	☐ 疥癬	☐ 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						
	備考										
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	#DIV/0!										

前　後



認知症														
主症状														
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							