

アセスメント 様式

担当者所属		訪問者氏名		連絡先TEL	() -
-------	--	-------	--	--------	-------

住所 〒959- 燕市 TEL:	氏名	生年月日 M T S 年 月 日 (男・女 歳)	世帯主	訪問年月日 年 月 日
△家族構成	健康管理等 (基本チェックリスト項目関連含【◇か※】) <input type="checkbox"/> 医療機関(主治医)	<input type="checkbox"/> 金銭管理 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	その他の生活状況	
世帯類型 単身・高齢世帯・一般世帯・その他(日中独居)	<input type="checkbox"/> 通院 定期・不定期	<input type="checkbox"/> 経済状況 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	<input type="checkbox"/> 食事 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
主援助者	<input type="checkbox"/> 病気 有・無	<input type="checkbox"/> 家人・近所との交流 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 排泄 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
氏名	現病	<input type="checkbox"/> 移動・歩行 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	<input type="checkbox"/> 入浴 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
住所	既往	<input type="checkbox"/> 転倒 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 着替え 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
(有・無・不明)	<input type="checkbox"/> 服薬管理 可・不可 ()	<input type="checkbox"/> 栄養状態の問題 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 整容 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
緊急連絡先①	<input type="checkbox"/> 住民健診(市の健診) 有・無	<input type="checkbox"/> 口腔内問題 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 掃除 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
氏名	<input type="checkbox"/> 視力 普・見えにくい・見えない・不明 ()	<input type="checkbox"/> 閉じこもりがち 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 洗濯 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
住所	<input type="checkbox"/> 聴力 普・やや難・難聴・不明 ()	<input type="checkbox"/> 物忘れ 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 調理 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()	
TEL	<input type="checkbox"/> 外出 有・無 ()	<input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み 有・無 ()		
緊急連絡先②	<input type="checkbox"/> 買い物 1. 支障なし 2. 困難 3. 支障有り ()		社会的活動	
氏名			<input type="checkbox"/> 地域活動参加 有・無 ()	
住所			<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ 有・無 ()	
TEL				
日常生活自立度				
<input type="checkbox"/> 寝たきり 〔正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2〕				
<input type="checkbox"/> 認知症 〔正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M〕				
介護認定状況 ()				
介護保険給付外の在宅サービス ()				

特記事項(サービスを利用する場合はその目的を記入してください。)