アセスメントシート(1)

受付日時	年　月　日　時	受付者		受付方法	

ご利用者	氏　名	男・女　(生年月日：　　)		
	住　所			
	被保険者№.		医療保険	
	電話			
	家族代表	(連絡先)		
	身障者手帳	有り　・なし	生活保護	

アセスメント実　施	経緯・理由	1. 初回(①直接受付　②紹介･依頼等　→　退所　退院　他　　) 2. 定期　　3. 変更			
	紹介・依頼元	名　称		連絡先	
		紹介元訪問日		ご担当者	
	実施日	年　月　日　(実施場所：　　)			
	面談者	ご本人　ご家族(　　)　代理人(　　)			
	同席者	サービス事業者等(　　)			
	実施担当者				
	記入者	実施担当者　その他(　　)			

家族構成等	(例) 本人 ―― 配偶者(死亡) 嫁 ― 長男(同居)　次男(別居)

	役割(主・副)	続　柄	氏　名	同・別居	介護・介助頻度
現在の介護状況					

現在の生活状況	（1日の過ごし方など／なるべく時系列で記入）(生活歴なども)

SAMPLE