

基本情報

アセスメントNo1

作成年月日	平成 年 月 日	実施場所	自宅	作成者	bob marley
-------	----------	------	----	-----	------------

アセスメント理由	<input checked="" type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区変	<input type="checkbox"/> 状態変化 (<input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 退所	<input type="checkbox"/> その他
----------	--	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

フリガナ							
利用者氏名	様		性別	生年月日 年 月 日 (歳)			
住所	〒 ー 自宅		持家		家族構成図		
					見取り図		
電話番号	固定			携帯			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> その他				
家族構成	主介護者	氏名	続柄	年齢	住居	健康状態(疾患等)	
緊急連絡先	主介護者	氏名	続柄	住所		電話番号	
初回相談内容	初回相談受付月日		受付方法		依頼者		
	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> その他		
生活歴	これまでの職業・家庭生活・趣味・習慣など						
現在の生活状況	生活・介護の状況など						
認定情報	要介護度		認定年月日	平成 年 月 日	負担割合		
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
被保険者情報等	介護保険	被保険者番号	医療保険		<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 後期高齢者
	身体障害者手帳		(種 級)		生活保護		
現在利用している介護保険サービス等	サービス種別	事業所名		電話番号	FAX番号		

※要介護認定期間内で1枚のアセスメント用紙を作成