

アセスメント票

記入日 令和 年 月 日
(記入者)

基本事項	対象者	(男 ・ 女)		
	申請理由			
	介護認定	1. なし 2. 申請中 3. 事業対象者 4. 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	担当ケアマネジャー	1. なし 2. あり (事業所名) (担当 CM)		
	サービス利用状況	1. なし 2. あり (サービス名 ・ 利用頻度)		
	現在の疾患 主な既往歴			
福祉手帳	1. なし 2. あり (身障 級 ・ 精神 級 ・ 知的 級)			
健康状況	BMI	1. (体重 kg) ÷ (身長 m×m) = ()		
	最近6ヶ月の体重増減	1. 減った 2. 変化なし 3. 増えた		
	四肢機能	1. 問題なし 2. 問題あり ()		
	視力	1. 問題なし 2. 問題あり ()		
	聴力	1. 問題なし 2. 問題あり ()		
	排泄	1. 問題なし 2. 問題あり ()		
食に関する状況	食生活能力	摂食	1・2・3 () 献立	1・2・3 ()
		買い物	1・2・3 () 調理	1・2・3 ()
	配膳	1・2・3 () ゴミ出し	1・2・3 ()	
		火気管理	1・2・3 () 食費管理	1・2・3 ()
	食事回数	回/日		
	食材・食品の入手先	1. なし 2. あり [スーパー・コンビニ・その他 ()]		
家族状況	支援困難な理由	(近所に住んでいるが就業しており支援が難しい等)		
総合判断		1.承認 2.継続承認 3.他サービスへ 4.不承認/辞退		
特記事項・コメント				