

東村山版 認知症在宅ケア・アセスメントシート

アセスメント情報シート1

作成担当者：

記入日	平成 年 月 日()	初回	再来(前 /)
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日生 ()歳
住所		TEL	FAX
認定情報	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度)		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
手帳の有無	身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳・その他()		
住居	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無		
収入	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・遺族年金		
緊急連絡先氏名(年齢)	続柄	住所・連絡先	特記事項(緊急時の保証人等)
()			
()			
()			
本人と家族やその周辺の状況(住環境・自宅周辺の環境を含む)		【エコマップ・ジェノグラム・間取り等】	