

受付番号 No.

※ 記入者から利用対象者の訪問調査日・氏名・住所を記入してください。

アセスメントシート (記入日: 令和 年 月 日 / 記入者:)

氏名: 住所: 大和郡山市

※ 利用者本人の心身や生活状況等を詳細にご記入ください。
また、その他特記事項では配食時で注意点等があればご記入ください。

1. 心身の状況 (疾病・日常生活動作など)

2. 生活の状況 (一日の過ごし方・家族の支援・介護サービスの利用など)

3. 食生活の状況 (調理・栄養面・留意事項など)

4. その他特記事項

※ 利用者本人の週間予定をご記入ください。

5. 週間予定 (福祉サービス・介護保険サービス・通院等)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
配食							
午後							

※ 利用者本人から自署をしていただくようお願いします。

関係機関(ケアマネジャー等)に申込書・このアセスメントシートの情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 (自署)

このアセスメントシートの記入は担当ケアマネジャーまたは市の職員が記入するものであります。
対象者以外の方はご記入をしないでください。