受付番号 Ｎｏ．

アセスメントシート

（記入日：　　年　　月　　日／記入者：　　）

氏　名：　　住　所：大和郡山市

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

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							

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。

年　　月　　日　　本人氏名（自署）