

# 通所型サービスアセスメントシート

利用開始日 年 月 日 利用曜日:

記入日 年 月 日  
 更新日① 年 月 日  
 更新日② 年 月 日  
 記入者

## 1.基本情報

ふりがな		性別	年齢	生年月日
本人氏名			歳	M・T・S 年 月 日
現住所	〒 (電話番号)			- -
世帯類型	1.同居 2.同居(日中独居) 3.高齢者夫婦 4.独居		要介護認定	申請中・要支援( )・要介護( )
緊急連絡先	住所	本人との続柄	電話番号	
①	〒		- -	
②	〒		- -	
担当CM	事業所名:	CM	- -	

## 2.機能的評価 (Barthel Index)

ADLなど	現 状			備 考
食 事	自立 一部介助 全介助			
移 乗	自立 一部介助 ほぼ全介助 不可能			
整 容	自立 一部介助			
トイレ動作	自立 一部介助 全介助	視 力	普通 やや難	
入 浴	自立 一部介助または不可能	聴 力	普通 やや難	
歩 行	45M以上自立 45M以上一部介助 歩行不能			
階段昇降	自立 一部介助( ) 不能			
着 替 え	自立 一部介助( ) 全介助( )			
排 尿	失禁なし ときに失禁あり 上記以外			
排 便	失禁なし ときに失禁あり 上記以外			
認知症	なし・軽度・中程度・重度	障害自立度	交通機関可 近隣可 介助により外出 外出頻度少ない	
主治医①	医療機関名	科	Dr.	- -
主治医②	医療機関名	科	Dr.	- -
既往歴・病歴				平常時バイタル
				血圧 / 体温 °C
服薬				
留意事項				

## 3.サービス利用に関する希望等

ご本人の希望	<b>ジェノグラム</b>
ご家族の希望	
性格・趣味	
生活歴	
その他利用中のサービス	

事業所名