

アセスメントシート

実施日（ 年 月 日 ）

事業所名	
住 所	
担 当 者	

被保険者番号									
氏 名	生年月日						年 齢		性 別
	昭和	年		月		日 生		歳	

	現在の状況	本人の意欲・意向	リハビリ職意見	あんしんケアセンター または健康課意見
活動・移動 について				
日常生活 (家庭生活) について				
社会参加、対人関係・コ ミュニケーション について				
健康管理 について				

本人(家族)の意向及び望む生活

[その他特記事項]

--