|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付年月** | 平成　　　　　年　　　　　月 | | | | **受付担当者** |  | |
| **年齢** |  | **性別** |  | | | | |
| **主訴** |  | | | | | | |
| **生活歴**  **生活状況** |  | | | | **家族状況** | | |
|  | | |
| **病歴** | **疾病名** | | | | **主治医** | | |
|  | | | |  | | |
| **服薬状況** | | |
|  | | |
| **障害高齢者の日常生活自立度** | | | |  | **認知症である高齢者の日常生活自立度** | |  |
| **認定情報** |  | | | | | | |
| **アセスメント理由** |  | | | | | | |
| **利用者の**  **被保険者**  **情報等** |  | | | | | | |
| **現在利用**  **している**  **サービス** |  | | | | | | |