|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| アセスメントシート（看護）  事業所名 | | | | | 令和　　年　　　月　　　日（　　　）  　　　　時　　　分～　　　時　　　分  看護師氏名 | | |
| 利用者氏名 |  | | | | 生年月日 | M・T・Ｓ　　　　年  　　　月　　　日（　　　）歳 | |
| 住所 |  | | | | 電話番号 | （　　　）  　　　　　－ | |
| 主たる病名 |  | | | | | | |
| 現病歴 |  | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | |
| 療養状況 |  | | | | | | |
| 主治医 |  | | 医療機関名 | | | |  |
| 介護状況 |  | | | | | | |
| 主な介護者 |  | | | | | | |
| 住環境 |  | | | | | | |
| 利用者の状態（病状） |  | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |
| ケアや病状等に関する申送り事項 | 無・有 | | | | | | |
| 定期巡回～介護計画書の変更 | | | | 要　　・　　不要 | | | |
| 次回訪問予定日 | | 年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分 | | | | | |