

(様式 1) 基本情報

利用者	フリガナ				性別
	氏名				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	住所				
	生年月日	年	月	日	歳
	身長	cm	体重	kg	
	日常生活自立度 (障害)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 介護支援専門員から見た現在の自立度			
	日常生活自立度 (認知症)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 介護支援専門員から見た現在の自立度			
認定情報	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5				
主訴・意向	本人				
	介護者 (家族等)				
これまでの生活と 現在の状況	生活歴と 現在状況				
	家族等 状況	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="radio"/> 女性			
	経過・ 病歴等				
	主治医				
今回のアセスメントの理由					
利用者の 社会保障制度の利用情報					
現在利用している 支援や社会資源					