

アセスメントシート①

平成 年 月 日

ふりがな				性別	住所 〒					
氏名	様			男・女						
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳	TEL	/FAX			
緊急連絡先	氏名		続柄		家族構成					
	様									
	住所 〒									
	TEL 携帯									
バイタル (平均)	血圧 mmHg	脈拍 回/分	SpO2 %							
身長	cm	体重	kg							
施設名					一日の流れ					
住所	〒				朝食:	時	昼食:	時	夕食:	時
					起床:	時	就寝:	時		
TEL/FAX					食事形態		アレルギー物質と症状			
					・普通 ・一口大 ・きざみ ・ペースト ・とろみ ・経管(胃 ・ 鼻)					
担当者	様		職種		(他)					
現病歴・既往歴・現在の治療状況								介護度		
年月日	病名	経過		治療内容			<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> 完治					<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> 完治					身体障害者手帳			
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> 完治					<input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> なし			
				級						
内服薬／処方箋のコピーでも可					医学的管理					
					<input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 吸引処置 <input type="checkbox"/> 吸入療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理 ()					