

フェイスシート

氏名	性別		M・T・S	年	記入日	年	月	日
	男・女	月		日生	歳	記入者		
		住所					TEL	
連絡先:①(キーパーソン) 続柄:			② 続柄			③ 続柄		
名前			名前			名前		
住所			住所			住所		
TEL			TEL			TEL		
携帯			携帯			携帯		
介護保険	要介護度	負担割合/段階	サービス・業者名・利用状況等			担当ケアマネ:		
		/				事業所名:		
	かかりつけ医							
障害	手帳(有・無・申請中・申請予定) / ()種()級 / ()年()月交付・申請							
	発症日時	病名	治療状況(入院・通院)	医療機関	内服薬			
現病歴								
既往歴								
生活史・職歴・性格等			利用申込に至った経緯		現在の居所:			
備考			家族構成		サービス利用の目的			
					本人			
					家族			

フェイスシート

身長	体重	一日の過ごし方 * 起床・就寝・昼寝・食事時間等			
		6時	12時	18時	24時
cm	kg				
A D L	歩行	－ 独歩・介助歩行・杖・歩行器・(ふらつき 無・有)			
	車椅子	－ 自操・介助 * 自己持ち(無・有) 車椅子抑制(無・有:以前・時々・常時)			
	移乗	－ 自立・見守り・一部介助・全介助			
	立位	－ 自立・見守り・一部介助・全介助			
	座位	－ 端座位可・背もたれあれば可・不可 座位保持時間(～30分・～60分・～120分・～制限無し)			
入浴	形態	－ 一般浴(自立・一部介助・全介助) 機械(チェアー・リフト)			
	拒否	－ 無・時々有・常時有			
	更衣	－ 自立・見守り・一部介助(部位:上 下:)全介助			
排泄	誘導	－ 自立・トイレ誘導(定時・訴え時)			
	動作	－ 自立・見守り・一部介助・全介助 尿意(無・有・不明) 便意(無・有・不明) 失禁(無・有)			
	形態	－ 日中(本人用・Rパン・オムツ・トイレ・尿器・バルーン) 夜間(本人用・Rパン・オムツ・トイレ・尿器・バルーン)			
	排便	－ 便秘・下痢 下剤使用 無・有(薬品名)			
褥瘡	－ 無・有 部位: 大きさ				
歯	義歯	－ 無・有 部位:上 部分:全部 / 下: 部分:全部			
	自歯	－ 無・有 部位:上 本 / 下: 本			
	歯磨き	－ 自立・声かけ・一部介助・全介助			
食事摂取	食種	－ 一般食 治療食 糖尿病食・心臓病食・肝臓病食・潰瘍食・腎臓病食・貧血食(Hb10.0未満)			
	摂取	－ 自立・一部介助・全介助 箸・スプーン・自助具			
	形態	－ 主食(米飯・軟飯・全粥・ソフト粥) 副食(常菜・一口大・刻み食・ミキサー食・ソフト食)			
	栄養価	－ kcal ・ たんぱく質 g ・ 塩分 g			
	禁止	－ アレルギー (有・無) ワファリン内服 (有・無)			
	摂食・濃厚流動	嚥下障害(有・無) トロミ(有・無) 商品名 水分量			
	認知症	無・有 (軽度・中度・重度)			
コミュニケーション能力	意思の伝達(可能・ある程度可能・ほぼ不可能・不可能)				
	視力(日常生活に支障がない・ぼんやり見える・見えない)				
	聴力(日常生活に支障がない・大きな声なら聞こえる・聞こえない)				
	言語障害(無・有:構音障害・失語症)				
睡眠	良眠・不眠 内服(無・有:品名) ベッド・布団				
抑制	(無・有) 4点柵・車椅子ベルト・胴帯抑制・センサーマット・つなぎ				
麻痺	(無・有)				

フェイスシート

フェイスシート