

フェイスシート

利用者名			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)			退所後の希望(月 日 時点)							
名前			名前			在宅・老健・特養・他施設・その他								
住所			住所			申込 無 ・ 有								
TEL			TEL			申込先								
携帯			携帯											
介護 保険	要介護度	負担割合/限度額認定段階	サービス・業者名・利用状況等				事業所名:							
		/					TEL:							
							FAX:							
							担当:							
コロナワクチン接種		未・済	①		年	月	日	②				年	月	日
		会場												
		未・済	③		年	月	日							
		会場												
インフルエンザ予防接種		未・済			年	月	日	病院						
現在の本人の状況	在宅 (独居・同居) / 施設(入所・ショートステイ 施設名:) 入院中(病院名: 病棟 号室)													
既往 歴・ 現病 歴	発症日時	病名	治療状況(入院・通院)			医療機関			内服薬					
入所 診療情報提供書(病院 年 月 日付)参照														
生活史・職歴・性格等						利用申込に至った経緯								
その他						家族構成			現状の受止め方・意向					
									本人					
									家族					

フェイスシート

身長	体重	サービス利用の目的														
	/															
cm	kg															
A D L	歩行	歩行:可・不可 独歩・介助歩行・杖・歩行器・(ふらつき 無・有)														
	移動	使用用具:杖・多点杖・歩行器・シルバ-カ 私物用具:無・有 車椅子:自操・介助 使用頻度:屋内・屋外 私物用具:無・有														
	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・ストレッチャー・リフト) シャワー浴													
拒否		無・時々有・常時														
更衣		自立・見守り・一部介助・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・パット・トイレ・尿器・バルーン) 夜間(本人用・Rパン・オムツ・パット・トイレ・尿器・バルーン)														
	排便	便秘・下痢/下剤使用 無・有 /定時・屯用														
褥瘡	無・有 部位: 大きさ: 処置内容:															
歯	義歯	無・有 部位:上 部分・全部 / 下: 部分・全部														
	自歯	無・有 部位:上 / 下														
	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・滑止めマット・その他()														
	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 :無・有() ワ-ファリン内服 :無・有														
	摂食・濃厚流動	嚥下障害 :無・有 トロミ :無・有 (弱・中・強) 商品名 水分量														
	認知症	無・有 (軽度・中度・重度) BPSDの状況: 無 ・ 有 () HDS-R														
	認知症自立度	I	II a	II b	III a	III b	IV	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
コミュニケーション	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) メガネ使用:無・有 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) 補聴器使用:無・有 言語障害(無・有:構音障害・失語症)															
睡眠	良眠・不眠 内服(無・有) ベッド・布団															
抑制	(無・有) 4点柵・車椅子ベルト・胴帯抑制・つなぎ・ミン・センサーマット(離床・足元)															
麻痺	(無・有) 部位:右・左・両 上肢・下肢・手指 その他()															