

# フェースシート

作成日： 令和 年 月 日

受付日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他	受付者		
フリガナ 本人氏名			男・女	昭和 年 月 日 生れ ( 歳)		
住所	〒			TEL		
				FAX		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
家族構成	氏名	続柄	性別	男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
				男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
				男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
				男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
				男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
				男・女	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居	
緊急連絡先	氏名			続柄		
	住所	〒			TEL	
					FAX	
	氏名			続柄		
住所	〒			TEL		
				FAX		
生活の状況	日中の過ごし方	<input type="checkbox"/> よく動いている <input type="checkbox"/> 座っていることが多い <input type="checkbox"/> 横になっていることが多い <input type="checkbox"/> 一日中ベッドで過ごす				
	外出の頻度	<input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満				
被保険者情報等	介護保険	被保険者番号				
	医療保険					
	身体障害者手帳	種 級				
	生活保護	受給者番号	負担者番号			
現在利用しているサービスの状況						
日常生活自立度	障害高齢者	<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				
	認知症高齢者	<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				
主訴	相談内容・希望など					
	本人・家族の要望					
認定情報	被保険者番号			要介護状態区分		
	認定の有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	認定年月日 令和 年 月 日	



利用者名:

作成日: 令和 年 月 日

社会との関わり	社会活動参加意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	他者との関わり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	喪失感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	孤独感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	孤立	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	引きこもり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排尿・排便	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも		
	尿失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも		
	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも		
	便失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも		
	用具の使用	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつパット <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他		
皮膚の状態	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他		
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他		
	じょく瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	皮膚の状態	<input type="checkbox"/> おむつかぶれ <input type="checkbox"/> 老人性掻痒症 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> その他		
口腔衛生	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	義歯の状況	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 義歯なし		
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない		
食事摂取	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		使用器具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ	
		食事場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ベッド上	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> その他		
	嚥下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> できない		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> その他 その他の内容( )		
	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 食欲不振 )		
水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	水分量	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切		
問題行動	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作り話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きな <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 独り言・一人笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 話がまとまらない			
介護力	主な介護者	氏名	続柄	
		仕事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		知識・経験		
		費用の負担	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難	
居住環境	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	(場所)			
	危険個所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
特別な状況	<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 介護者の不在 <input type="checkbox"/> 寝たきりの独居 <input type="checkbox"/> 終末希望 <input type="checkbox"/> その他			
	課題分析 (アセスメント)理由	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所		