
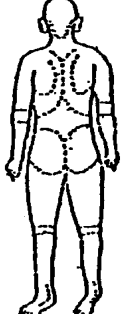


# フェイスシート

事業所名

作成日 年 月 日 担当

アセスメント理由		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
フリガナ		男・女	生年月日		要介護区分	負担割合		割			
氏名				認定期間			障害自立度				
			歳				認知自立度				
被保険者番号		償還払いの有無				給付制限の有無					
住所		経済状況 国民・厚生・障害・共済・老齢福祉・遺族・生活保護・恩給 収入額 円									
TEL		緊急連絡先	①	氏名	続柄	②	氏名	続柄			
家族構成				TEL			TEL				
				住所			住所				
生活歴		既往歴・現症			服薬内容・特記			医学的管理・主治医・かかりつけ <b>主治医</b> 氏名 医療機関名 通院・往診 緊急搬送先: <b>副主治医・かかりつけ医</b> 氏名 医療機関名			
家族の状況		・身体障害者手帳(有 級・無) ・精神障害者手帳(有 級・無) ・難病( ) ・療育( ) ・感染症( ) ・義歯(上有・無 下有・無)			 			身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____			
本人の主訴		ADLの状況 (該当するものに○をつける)									
本人の主訴			移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	移乗	口腔	認知・問題行動・その他
		自立									
		見守り									
		一部介助									
		全介助									
		服薬管理									
		金銭管理									
家族の主訴		本人の居住環境 自宅 一戸建て 借家 集合住宅 自室(有・無) 住宅改修(有 _____ 円・無)									
現在受けているサービス		すこやか介護用品支給事業利用 有 無									