

御社	事業所名:		お名前:		ご連絡先:	
----	-------	--	------	--	-------	--

【ご対象者様情報】※ADL・認知症・医療情報を中心に、可能な範囲でご記入ください。フェースシートのみでも受け付けております。

基本情報	氏名	様	性別	男・女	生年月日	歳(年 月 日)	
	住所					TEL	— —
	介護度	自立・支援・介護()／区変	負担割合	介護 割	医療 割	障害認定	(身・知・精)手帳 級、区分 級
	現在	デイ 回／週・施設:				生活保護	受給中・申請予定:
日常生活 ADL	食事	自立・見守り 一部・全部	普通食 一口大 きざみ食 ミキサー食 経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻 回) 点滴(TPN(IVH)中心静脈・末梢静脈)				
	移動	自立・見守り 一部・全部	(屋内と屋外)独歩 手すり 杖歩行 歩行器 車いす(自走○・×) 寝たきり ／起居動作 ／通院・移乗介助				
	入浴	自立・見守り 一部・全部	自立 座浴 寝台浴 清拭 ／現在入浴頻度(週 回)				
	排泄	自立・見守り 一部・全部	トイレ ポータブル ／リハパン オムツ ／尿器 尿バルーン 人工肛門(ストーマ) ／交換頻度等()				
	その他						
認知症	診断・投薬	年齢に伴う・あり・なし	アルツハイマー型 脳血管性型 レビー小体型 前頭側頭型(ピック) 補足()				
	症状	意思疎通(可・不可) ／ 大声 暴言 暴力 介護の抵抗 徘徊 昼夜逆転 幻視・幻聴 妄想 不潔行為 火の不始末 性的問題行動					
	備考						
病気・怪我等	病名1				医療機関()通院回数()病院の変更(○・×)		
		症状と処置:					
	病名2				医療機関()通院回数()病院の変更(○・×)		
		症状と処置:					
	病名3				医療機関()通院回数()病院の変更(○・×)		
		症状と処置:					
既往歴 処方薬 リハ等							
医療処置	喀痰吸引(回／日) インスリン注射(回／日) 人工透析(血液・腹膜) 人工呼吸器 在宅酸素 ペースメーカー 褥瘡 夜間の医療処置: 喀痰・褥瘡など						
条件・希望	全込み予算	一時金 万円以下／月額 万円以下	資産	単身年金 万円／月、売却可(不動産 金融)			
	援助	家族 万円／月	入居時期	終身・特養待ち	希望エリア		
	本人希望 優先順位 付け	施設の新しいさ・設備・部屋・景観・施設の雰囲気(明るい・落ち着いた)・レクの頻度・食事・風呂・外出・面会・酒・タバコ・デイなど					
キーパーソン	ご家族1	様	続柄		TEL		
	住所				面会	車・電車・バス・徒歩 ／ 移動時間(分位まで)	
	ご家族2	様／続柄 ／住所			／TEL		