

# フェースシート

作成日： 年 月 日

作成者：

## 【基本情報】

(フリガナ)

利用者氏名： 様 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳

住所： 〒 TEL：

初回受付： 受付対応者：

相談者氏名： 続柄： 受付方法：

緊急連絡先： 家族等： 〒

続柄：

氏名：

TEL：

緊急連絡先： 主治医： 〒

医療機関名：

医師名：

TEL：

FAX：

居宅支援事業者： 担当者：

〒

事業所番号：

TEL：

FAX：

家族構成図（介護者の状況等）

居宅経路図

## 【生活状況】

入院・入所歴：

住居の状況 ○一戸建 ○アパート( 階) ○マンション・ビル( 階) エレベータ(□有・□無)  
○間借り ○その他( )

居室 専用居室：○有( 畳)・○無 冷暖房：○有・○無 段差：○有・○無

トイレ ○和式・○洋式・○ウォシュレット 手すり：○有・○無 段差：○有・○無

浴室 ○有・○無 手すり：○有・○無 段差：○有・○無

寝室 ○畳・○ベッド・○リクライニングベッド

介護の状況 主介護者：○家族・○親戚・○友人・○在宅サービス( )

主介護者が家族等の場合：

主介護者の健康状態：○良好・○普通・○やや悪い・○悪い

備考：

主介護者の仕事の有無：○有( )・○無

【被保険者情報①】

介護保険： 被保険者番号：

要介護度：

支給限度額：

要介護認定期間：

～

要介護認定期間：

～

審査会の意見：

【被保険者情報②】

種別：

有効期限：

負担割合：

保険者番号：

保険者名：

被保険者番号：

被保険者名：

老人保険番号：

公費負担医療： 適用開始：

～

有効期限：

～

公費負担者番号：

公費受給者番号：

身体障害者手帳： 種 級

生活保護：○有 ○無

【現在利用しているサービスの状況】

サービスの種類・頻度：

【日常生活自立度判定基準】

寝たきり度：

認知症度：

【主訴・要望】

主訴・要望：

その他、生活実態に関する参考事項：

住居の間取り等で注意すべき部分：

# 標準アセスメント

作成日： 年 月 日

作成者：

## 【基本情報】

(フリガナ)

利用者氏名 様 性別 性

生年月日 年 月 日

アセスメント理由 アセスメント回数

## 【健康状態】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【ADL】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【IADL】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【認知】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【コミュニケーション】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【社会との関わり】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【排泄】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【皮膚の状態】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【口腔衛生】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【行動・心理症状(BPSD等)】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【食事】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【介護力】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【居住環境】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【特別な状況】

生活全般の解決すべき課題  
・ 利用者が望む生活

## 【備考】