

## フェースシート

作成日：

作成者：

### 【基本情報】

(フリガナ)

利用者氏名：

様 生年月日：

年齢：

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

作成者：

作成日：

## 【基本情報】

(フリガナ)

利用者氏名 様 性別

生年月日

アセスメント理由 アセスメント回数

## 【健康状態】

既往症

現症病

薬情報

現在の症状 下痢 排尿困難 頻尿 うつ状態  
嘔吐 吐き気 浮腫 めまい  
麻痺・拘縮( )  
痛み( )

現在の症状の特記事項

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活

## 【ADL】

寝返り 自立 見守り 一部介助 全介助 入浴 自立 見守り 一部介助 全介助

起き上がり 自立 見守り 一部介助 全介助 整容 自立 見守り 一部介助 全介助

座位保持 自立 見守り 一部介助 全介助 更衣 自立 見守り 一部介助 全介助

立ち上がり 自立 見守り 一部介助 全介助 食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助

立位保持 自立 見守り 一部介助 全介助 排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助

歩行 自立 見守り 一部介助 全介助 口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助

移乗 自立 見守り 一部介助 全介助

移動 自立 見守り 一部介助 全介助

室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助

屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助

移動手段 補助具無し 杖 歩行器 車椅子

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活

## 【IADL】

調理 自立 見守り 一部介助 全介助 金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助

掃除 自立 見守り 一部介助 全介助 服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助

洗濯 自立 見守り 一部介助 全介助 電話の利用 自立 見守り 一部介助 全介助

買物 自立 見守り 一部介助 全介助 交通機関の利用 自立 見守り 一部介助 全介助

読書・新聞 自立 見守り 一部介助 全介助 整理・物品の管理 自立 見守り 一部介助 全介助

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活

## 【認知】

認知 支障なし 支障あり

物忘れ なし あり( )

精神症状 なし 物取られ その他( )  
幻覚 興奮 せん妄

言語理解 問題なし 問題あり

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活

# 標準アセスメント

作成者：

作成日：

## 【コミュニケーション】

コミュニケーション能力	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
意思の伝達	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 問題あり		
他者の理解	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 問題あり		
視力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 問題あり		
聴力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 問題あり	補聴器	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
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】

社会との関わり	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
社会活動参加	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	喪失感・孤独感	<input type="radio"/> 問題なし <input type="radio"/> 問題あり
参加意欲	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	孤立・引きこもり	<input type="radio"/> 問題なし <input type="radio"/> 問題あり
生活全般の解決すべき課題 ・利用者が望む生活				

## 【排泄】

排尿・排便	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
尿意	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	失禁	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
便意	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	便秘	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 採尿器				
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】

皮膚・褥瘡の問題	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
褥瘡	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	部位・程度( )	
かゆみ	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	部位・程度( )	
湿疹	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	部位・程度( )	
疥癬				
感染症				
その他				
生活全般の解決すべき課題 ・利用者が望む生活				

## 【口腔衛生】

口腔衛生	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
入れ歯	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	( )	
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)】

行動・心理症状(BPSD等)	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
<input type="checkbox"/> 暴言行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護の抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
生活全般の解決すべき課題 ・利用者が望む生活				

## 【食事】

食事内容	<input type="radio"/> 支障なし	<input type="radio"/> 支障あり		
問題点等	<input type="checkbox"/> 食事量	<input type="checkbox"/> 食事回数	<input type="checkbox"/> 水分量	<input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 栄養バランス
生活全般の解決すべき課題 ・利用者が望む生活				

# 標準アセスメント

作成者：

作成日：

## 【介護力】

介護力(家族関係含む) 支障なし 支障あり

介護者の仕事の有無 有 無 介護者の介護意志 積極的 消極的

介護の知識・経験

介護費用の負担 可 困難

備考

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活

## 【居住環境】

居住環境 支障なし 支障あり

住宅改修の必要性 無 有 場所( )

危険箇所 無 有 場所( )

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】

虐待 ターミナルケア 老々世帯 成年後見人 介護者の不在 寝たきり独居

生活全般の解決すべき課題  
・利用者が望む生活