

フェースシート

作成日：
作成者：

【基本情報】

利用者氏名： 住所： 〒	様	生年月日：	年齢：
		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】

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