

フェースシート

作成日：

作成者：

【基本情報】

利用者氏名： _____ 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： _____

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：

アセスメントシート(課題分析項目)

作成日:

作成者:

【基本情報】

アセスメント理由:

アセスメント回数: 回目のアセスメント

お客様氏名:

【健康状態】

既往症:

現症病:

服用中の薬の種類:

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())

【ADL】

寝返り:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
起き上がり:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動手段:	<input type="radio"/> 補助具無し	<input type="radio"/> 杖	<input type="radio"/> 歩行器	<input type="radio"/> 車椅子
座位保持:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	入浴:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
立ち上がり:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	整容:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
立位保持:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	着替え:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
歩行:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	食事:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
移乗:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	排泄:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	

【IADL】

調理:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	金銭管理:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助
掃除:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	服薬管理:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助
洗濯:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	電話の利用:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助
買物:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	交通機関利用:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助
読書・新聞:	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助				

【認知】

物忘れ: なし あり())

精神症状: なし
妄想 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

【コミュニケーション・社会との関わり】

意思の伝達: 問題なし 問題あり 視力: 問題なし 問題あり

他者の理解: 問題なし 問題あり 聴力: 問題なし 問題あり 補聴器: 有 無

社会活動参加: あり なし 喪失感・孤独感: 問題なし 問題あり

参加意欲: あり なし 孤立・引きこもり: 問題なし 問題あり

【排泄・皮膚の状態】

尿意: 有 無 失禁: 有 無 便意: 有 無 便秘: 有 無

おむつ使用 ポータブルトイレ カテーテル 採尿器

褥そう: 有 無 部位・程度())

かゆみ: 有 無 部位・程度())

湿疹: 有 無 部位・程度())

疥癬:

感染症:

その他:

【口腔衛生】

入れ歯: 有 無 ())

【問題行動・食事摂取】

暴言行動 徘徊 介護の抵抗 収集癖 火の不始末 不潔行為 異食行動
 その他()

問題点等： 食事量 食事回数 水分量 食欲 栄養バランス

【介護力・住居環境】

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：

【住居環境】

住宅改修の必要性： 無 有 (場所)

危険箇所： 無 有 (場所)

【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

【課題分析(アセスメント)で導き出された課題と利用者が望む生活】

生活全般の解決すべき課題・利用者が望む生活(〇〇したい、〇〇になりたい)

健康状態：

A D L：

I A D L：

認知：

コミュニケーション能力：

社会との関わり：

排泄：

皮膚の状態：

口腔衛生：

問題行動：

食事摂取：

介護力：

住居環境：

特別な状況：