

【基本情報（フェイスシート）】

①利用者本人の氏名・緊急連絡先等

作成日：平成 年 月 日

《氏名・住所》

作成者：\_\_\_\_\_

フリガナ		男・女	M	年	月	日	( 歳)
本人氏名			T				
			S				
住 所	〒 - - TEL: - - -	その他:					

《緊急連絡先》

第1 連絡先	氏名	男・女	年齢 ( 歳)	本人との続柄 ( )	
	住所:				
	自宅 TEL	-	-	携帯 TEL	- -
	勤め先:	e-mail _____ @ _____			
	連絡方法・特記 ( )				
第2 連絡先	氏名	男・女	年齢 ( 歳)	本人との続柄 ( )	
	住所:				
	自宅 TEL	-	-	携帯 TEL	- -
	勤め先:	e-mail _____ @ _____			
	連絡方法・特記 ( )				
主治医	氏名				
	医療機関名:	TEL	-	-	
	所在地:	携帯 TEL	-	-	
	その他 ( )				
緊急時の希望搬送先	病院名 ( ) 連絡先等 ( )				

《家族等（緊急連絡先以外）》

【家族構成】	介護	性	歳	続柄	備考

「介護」欄…主介護者であれば○、副介護者であれば○、協力者であれば△をつける。

②担当の介護支援専門員

氏 名		事業所名:	
連絡先	TEL:	FAX:	
変更・備考			

③要介護度など

《要介護度》

要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5・申請中	H . . ~ H . .
【更新・変更】要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5	H . . ~ H . .

《日常生活自立度判定基準》

認知症状	なし・I・II <sub>a</sub> ・II <sub>b</sub> ・III <sub>a</sub> ・III <sub>b</sub> ・IV・M	判定日	H . .
寝たきり	J <sub>1</sub> ・J <sub>2</sub> ・A <sub>1</sub> ・A <sub>2</sub> ・B <sub>1</sub> ・B <sub>2</sub> ・C <sub>1</sub> ・C <sub>2</sub>	判定日	H . .

《認知症状の確認》

※ 地域密着型デイサービス利用者のみ記入

確認先等		確認書類	(書類添付)
------	--	------	--------

《公的な支援制度の活用》

支援制度	<input type="checkbox"/> 成年後見人(補助・保佐・後見・任意) <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> 生活保護		
内容等			

《公費・手帳等》

--

④生活・住宅環境

【自宅前・周辺】	【自宅内】
住宅環境	住居形態 <input type="checkbox"/> 戸建て(階) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階) エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

⑤生活歴など

《生活歴》

【生まれ・出身地】
【家族・結婚】
【仕事】
【暮らしの様子】
【備考】

《性格》

--

⑥現在利用している介護サービス

《利用している介護保険サービス》

サービスの種類	事業所名	頻度・内容等

《利用している社会資源》

サービスの種類	事業所名	頻度・内容

⑦その他(利用の経緯など)

--