

フェースシート

記録者

入所日 令和 年 月 日 ()

記入日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|------------|----|--|----------|-------|--|---|---|
| ふりがな | | | | 性別 | | | | 家族構成 | | |
| 氏名 | | | | 性別 | | | | | | |
| 生年月日 | | 生 | | 満 | | 歳 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | |
| 病名 | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | | | 入所以前の一般状態 | | |
| 主治医 | | 医師 TEL: 住所: | | | | | | 体温 () °C 血圧 () mmHg 脈拍 () 回/分 SpO ₂ () % 体重 () kg 身長 () cm | | |
| 血液型 | | 型 Rh (+ · -) | | | | | | 延命処置の希望 有 無 | | |
| 感染症 | | HBS (抗原) HCV (抗体) TPHA () MRSA () その他 () | | | | | | | | |
| アレルギー | | 薬物 () 食物 () その他 () | | | | | | | | |
| 介護度 | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5) | | | | | | | | |
| キーパーソン | ① | 氏名 | 続柄 () | | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 | | | 自宅 携帯 | | | | |
| | | 勤務先 | | | | | 緊急時連絡 | | 有 | 無 |
| その他 | ② | 氏名 | 続柄 () | | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 | | | 自宅 携帯 | | | | |
| | | 勤務先 | | | | | 緊急時連絡 | | 有 | 無 |
| 連絡先 | ③ | 氏名 | 男・女 続柄 () | | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 | | | 自宅 携帯 | | | | |
| | | 勤務先 | | | | | 緊急時連絡 | | 有 | 無 |
| 性格・趣味 生活歴 職業 | | | | | | | | | | |
| 薬情報 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|---|---|---|--|
| 日常生活動作能力等 | 1 食事・水分 | 形態 | 主食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | 副食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> トロミ剤 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | 水分 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ剤 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | 栄養補助食 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> インシュア <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | 管理栄養 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| | | 飲水節水 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | 食事摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | 自助具 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (スプーン・箸) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 嚥下困難・むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 2 排泄 | 尿意 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 誘導必要 | |
| | | 便意 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 誘導必要 | |
| | | 失禁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 方法 | 日中 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポーグール <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 床上でオムツ類交換 |
| | | | 夜間 | <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポーグール <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 床上でオムツ類交換 |
| | | | 排泄行為 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | オムツ類 | 日中 | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙オムツ | |
| | | 夜間 | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙オムツ | |
| | | 交換 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 3 整容・更衣 | 洗濯物 | <input type="checkbox"/> 自ら出す <input type="checkbox"/> 業者洗濯 <input type="checkbox"/> 家族洗濯 | |
| | | 上着着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | ズボン等着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | 衣服を選び準備 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | 爪切り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | 整髪 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 洗面 | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 口腔ケア | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 義歯 | <input type="checkbox"/> 上一部 <input type="checkbox"/> 下一部 <input type="checkbox"/> 上全部 <input type="checkbox"/> 下全部 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 4 入浴 | 洗身 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 洗髪 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 浴槽 | <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> キャリー・ボード | | |
| 5 移動・移乗 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない () | | |
| | 座位保持 | <input type="checkbox"/> 背もたれなしで <input type="checkbox"/> 背もたれあれば <input type="checkbox"/> できない | | |
| | 立ち上がり | <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない () | | |
| | 立位保持 | <input type="checkbox"/> 杖なしで可 <input type="checkbox"/> 何か支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない | | |
| | 移動・屋内・屋外 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 | | |
| | 寝返り・体位変換 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 移動時の介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 移乗時の介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (介護者の指示含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () | | |
| 6 医療・健康 | 褥瘡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある・部位 () | | |
| | その他皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある・部位 () | | |
| | 服薬 | <input type="checkbox"/> 服薬介助 <input type="checkbox"/> 手渡し見守り <input type="checkbox"/> 自己管理 () | | |
| | 薬剤使用の介助 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | インシュリン自己注射 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 医療的管理 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 透析関連ケア <input type="checkbox"/> 在宅酸素管理 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 7 社会活動 | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 個人の電話 | <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> なし →→→ 使用について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 家族管理 | | |
| 8 嗜好 | タバコ | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) | | |
| | アルコール | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (種類 本 本) | | |
| 9 他 | | | | |

| | |
|---------|---|
| 可動域制限 | 麻痺の有無 (無・有 ()) |
| 理解力 | ・ 問題なし ・ 短文なら可 ・ 単語なら可 ・ 問題あり () |
| 記銘力・記憶力 | ・ 問題なし ・ 最近の出来事を時々忘れる ・ 最近の出来事はよく忘れるが古い記憶はほぼ正常 ・ 最近の記憶は残らない古い記憶は稀にあり ・ 不可能 |
| 認知障害 | ・ 無 ・ 軽 ・ 中 ・ 高 () |
| 行動障害 | (無 ・ 有) |
| 睡眠状況 | ・ 問題なし ・ 問題あり () |

| 行動障害 | 番号 | 頻度 | 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) |
|---------------------------|----|----|---------------------------------|
| ① 物を盗られたと被害的になる | | | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |
| ② 作話を周囲に言いふらす | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| ③ 幻聴・幻覚がある | | | 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M |
| ④ 泣いたり笑ったり感情が不安定 | | | 入所理由 |
| ⑤ 夜間不眠・昼夜逆転がある | | | |
| ⑥ 何度も同じ話をする | | | |
| ⑦ 不快な音を立てる | | | |
| ⑧ 大声を出す | | | |
| ⑨ 助言や介護に抵抗する | | | 本人の要望 |
| ⑩ 帰宅願望が強く落ち着かない時がある | | | |
| ⑪ 1人で外に出たがり目が離せない | | | |
| ⑫ 色んな物を集めたり、無断で持ってくることもある | | | 家族の要望 |
| ⑬ 物や衣類を壊したり、破く | | | |
| ⑭ 異食がある | | | |
| ⑮ ひどい物忘れがある | | | |

入居者様 情報

| | | | | | | | |
|----|-----------|--------|-----------|---------|--------|---------|-------------|
| 移動 | 手段 | 独歩 | 杖 | シルバーカー | 歩行器 | 車椅子 | 車椅子時々 |
| | 状態 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | |
| | ねがえり | 自立 | 介助 | 片方のみ可 | 不可 | | |
| | 立位保持 | 自立 | つかまれば可 | 不可 | | | |
| | 座位保持 | 自立 | 短時間 | 不可 | | | |
| 排泄 | 手段 | トイレ | ポータブル化 | リハパン | オムツ | その他 () | |
| | 状態 | 自立 | 見守り(誘導含む) | 一部介助 | 全介助 | | |
| | 失禁 | 無 | 時々有 | 常時 | 尿意 | 有 | |
| | 尿意 | 無 | 有 | | | | |
| 入浴 | 手段 | 家庭風呂 | 機械浴 | シャワー浴 | 清拭 | | |
| | 状態 | 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 | | |
| 食事 | 主食 | 軟食(米飯) | おかゆ | ペースト | 経胃(胃瘻) | | |
| | 副食 | 軟食(常食) | 一口大 | キザミ | ペースト | | |
| | 嚥下 | 良好 | 時々不良 | 過去に誤嚥 | 無 | 有 | () |
| | 状態 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 箸 | スプーン その他() |
| | 食事制限 | 無 | 有 | () | 摂取量平均 | () | 割 |
| | 義歯 | 無 | 義歯 | (上 下) | 部分義歯 | (上 下) | |
| 精神 | | 暴言 | 暴力 | 幻覚 | 幻聴 | 帰宅願望 | 介護への威嚇 不潔行為 |
| | | 徘徊 | 被害妄想 | 作話妄想 | | | |
| 対人 | コミュニケーション | 良好 | 不良 | その他 | () | | |
| 視力 | 正常 | 右 | () | 左 | () | 白内障 | (有 無) |
| | 異常 | 状態 | () | | | | |
| 聴力 | 正常 | 右 | () | 左 | () | 補聴器 | (有 無) |
| | 異常 | 状態 | () | | | | |

記入日 令和 年 月 日

医療機関名

所在地 〒

TEL
FAX

記入者

印