

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								
生年月日	生 満 歳							
住 所	〒				入所以前の一般状態 体温 () °C 血圧 () mmHg 脈拍 () 回/分 SpO ₂ () % 体重 () kg 身長 () cm			
病 名								
既往歴								
主治医	医 師 TEL: 住 所:							
血液型	型 R h (+ ・ -)				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	☐ 自立 ☐ 要支援 (1 2) ☐ 要介護 (1 2 3 4 5)							
キーパーソン	①	氏名	続柄 ()					
		住所	〒	自宅				
		勤務先			緊急時連絡	有 無		
その他	②	氏名	続柄 ()					
		住所	〒	自宅				
		勤務先			緊急時連絡	有 無		
連絡先	③	氏名	男 ・ 女 続柄 ()					
		住所	〒	自宅				
		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	☐ 常食 ☐ 粥 ☐ おもゆ ☐ ミキサー食 ☐ その他
			副食	☐ 常食 ☐ 一口大 ☐ キザミ ☐ トロミ剤 ☐ ミキサー食 ☐ その他 ()
			水分	☐ 普通 ☐ トロミ剤 ☐ その他 ()
		栄養補助食	☐ なし ☐ インシュリン ☐ その他 ()	
		管理栄養	☐ なし ☐ あり ()	
		飲水節水	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		食事摂取	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		自助具	☐ なし ☐ あり (スプーン・箸) ☐ その他 ()	
		嚥下困難・むせ	☐ なし ☐ 時々あり ☐ あり	
	2 排泄	方法	日中	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 床上でオムツ類交換
			夜間	☐ B r ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 床上でオムツ類交換
			排泄行為	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		オムツ類	日中	☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ パッド ☐ 紙オムツ
			夜間	☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ パッド ☐ 紙オムツ
			交換	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		3 整容・更衣	洗濯物	☐ 自ら出す ☐ 業者洗濯 ☐ 家族洗濯
			上着着脱	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助
			ズボン等着脱	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	衣服を選び準備		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	爪切り		☐ 自立 ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	整髪		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	洗面		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	口腔ケア		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	義歯		☐ 上一部 ☐ 下一部 ☐ 上全部 ☐ 下全部 ☐ なし	
	4 入浴	洗身	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		洗髪	☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		浴槽	☐ 個浴 ☐ シャワー浴 ☐ 中間浴 ☐ 特浴 ☐ キャリー・ボード	
	5 移動・移乗	起き上がり	☐ つかまらず可 ☐ 何かにつかまれば可 ☐ できない ()	
		座位保持	☐ 背もたれなしで ☐ 背もたれあれば ☐ できない	
		立ち上がり	☐ つかまらず可 ☐ 何かにつかまれば可 ☐ できない ()	
立位保持		☐ 杖なしで可 ☐ 何か支えがあれば可 ☐ 一部介助 ☐ できない		
移動・屋内・屋外		☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ リクライニング車椅子		
寝返り・体位変換		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
移動時の介助		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
移乗時の介助		☐ 自立 ☐ 見守り (介護者の指示含む) ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()		
寝具の種類		☐ 布団・マットレス ☐ ギャッジベッド ☐ 低床ベッド		
ベッド柵		☐ 普通柵 ☐ L字バー ☐ ベッドサイド同側に2本		
6 医療・健康	褥瘡	☐ なし ☐ ある・部位 ()		
	その他皮膚疾患	☐ なし ☐ ある・部位 ()		
	服薬	☐ 服薬介助 ☐ 手渡し見守り ☐ 自己管理 ()		
	薬剤使用の介助	☐ なし ☐ 点眼 ☐ 軟膏 ☐ 湿布 ☐ その他 ()		
	インシュリン自己注射	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 指導 ☐ 介助 ☐ なし		
	医療的管理	☐ なし ☐ 透析関連ケア ☐ 在宅酸素管理 ☐ その他 ()		
7 社会活動	眼鏡	☐ なし ☐ あり		
	補聴器	☐ なし ☐ あり		
	個人の電話	☐ 固定電話 ☐ 携帯電話 ☐ なし →→→ 使用について ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	金銭管理	☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 家族管理		
8 嗜好	タバコ	☐ 吸わない ☐ 吸う (1 日 本)		
	アルコール	☐ 飲まない ☐ 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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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			
⑬ 物や衣類を壊したり、破く			家族の要望
⑭ 異食がある			
⑮ ひどい物忘れがある			

入居者様 情報

医療情報提供書

きずなホームふなせ →

様

ふりがな				性別		体重 () kg		
氏 名						身長 () cm		
生年月日	・ ・ 満 歳			血液	型 Rh (+ -)			
住 所					電話			
既往歴								
症状経過								
処 置	吸引 ストマの処置 経鼻 胃瘻 褥瘡処置 インシュリン その他 ()							
投薬内容								
四肢及び運動障害	無 有 ()							
認 知	度	無 有 (軽度 中度 重度)						
	症状	無 有 (徘徊 奇声 不潔 不穏 妄想 昼夜逆転)						
	その他 ()							
皮 膚	疥癬 (- +) その他 ()							
アレルギー	無 有 ()							
検 査	血液学	白血球			生化学	GOT		
		赤血球				GPT		
		Hb				BUN		
		Ht				クレアチニン		
	感染	HBS抗原	-	+		尿酸		
		HCV抗体	-	+		総コレステロール		
		TPHA				HDLコレステロール		
		MRSA				LDLコレステロール		
ECG			胸部 X P			中性脂肪		
						Na	SPO 2	
						K	血糖	
						Ca	HbA1c	

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	ホーストイレ	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