

# フェイスシート

令和 年 月 日

記入者

被保険者番号		認定結果：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
フリガナ			性別： 男・女	年齢： 歳
氏名			生 年 月 日	T・S・H 年 月 日生
住所	〒 - TEL ( )			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
世帯形態	a 単身 b 夫婦のみ (a 二人とも 65 歳以上 b どちらかが 65 歳以上 c 二人とも 65 歳未満 ) c 子供 (世帯) と同居 (a 同一家屋 b 二世帯住宅)			
家族状況	氏名 続柄・性別	連絡先	緊急時 連絡順	家族構成
	続柄 ( ) 男・女			
	続柄 ( ) 男・女			
	続柄 ( ) 男・女			
	続柄 ( ) 男・女			
	続柄 ( ) 男・女			
	続柄 ( ) 男・女			
	(本人・家族の状況等)			
身体障害者手帳	有・無	種 級	障害名：	

病歴		
年月日	病名	医療機関・医師名・経過
内服情報	内服：自立・一部介助・全介助	
薬品名：		
身体 状況	運動障害 麻痺/拘縮など	無・有 ( )
	皮膚状態	湿疹・褥瘡・発赤・浮腫・その他
	在宅医療機器	無・有 ( )
利用 状況	有・無	デイケア・デイサービス 曜日 週 回
住宅 環境	一戸建・集合住宅 ( 階) エレベーター 有・無 階段/段差 段	
備考欄：		