

フェースシート

入所日 平成 年 月 日 ()

記録者

ふりがな			性別		家族構成					
氏名										
生年月日	年	月	日生	満						歳
住所	〒									
病名					入所時の一般状態					
既往歴					体温 () °C					
緊急搬送先	病院名:				血圧 () mmHg					
	TEL:				脈拍 () 回/分					
住所:				SpO ₂ () %						
血液型	型 R h (+ ・ -)				体重 () kg					
感染症	HBS () HCV () 7氏 () MRSA () その他 ()				身長 () cm					
アレルギー	薬物 () 食物 () その他 ()				延命処置の希望 有 無					
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	氏名	続柄 ()								
	連絡先	〒		自宅						
	緊急連絡先			勤務先						
その他	氏名	続柄 ()								
	連絡先	〒		自宅						
	緊急連絡先			勤務先						
連絡先	氏名	男・女 続柄 ()								
	連絡先	〒		自宅						
	緊急連絡先			携帯						
性格・趣味 生活歴 職業										
薬情報										

日常生活能力等	1 食事・水分	形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 粥 () <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> その他 軟食
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> あんかけ風 <input type="checkbox"/> トロミ剤 <input type="checkbox"/> ミキ-食 <input type="checkbox"/> ゼリ-食 軟食	
		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)	
	2 排泄	嚥下困難・むせ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり
		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"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> ホ-ケ-ル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 床上でオムツ類交換
			夜間	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()
		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"/> 高吸収パッド <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"/> 高吸収パッド <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"/> 自分でたたむ <input type="checkbox"/> 自分で定位置に片づけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> クリーング' 利用	
		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	
	4 入浴	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	
		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		
浴槽の種類		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特浴		
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"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()		
	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 ()		
	寝具の種類	<input type="checkbox"/> 布団・マットレス <input type="checkbox"/> 固定式ベッド <input type="checkbox"/> ギャッジベッド		
	ベッド柵	<input type="checkbox"/> 普通柵 <input type="checkbox"/> L字バー <input type="checkbox"/> ベッド'サイド' 同側に2本 <input type="checkbox"/> ベッド'サイド' 同側に2本 (身体拘束)		
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"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 手渡し見守り <input type="checkbox"/> 服薬介助		
	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 嗜好趣味	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)		
	その他			

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 ()
記憶力・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			ご家族の要望
⑨ 助言や介護に抵抗する			
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			注意事項
⑬ 物や衣類を壊したり、破く			
⑭ 異色がある			
⑮ ひどい物忘れがある			

入居者様 情報