**フェイスシート**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用****開始日** | 平成　　年　　月　　日 | **記入日** | 平成　　年　　月　　　日 | **記録者・場所** |  |
| **フリガナ** |  | **男女** | **昭和** |  |
| **利用者****氏名** |  | **大正** | 　　　年　　　月　　　日生（　　歳） |
| **平成** |
| **利用者****現住所** | 〒 | **要介護度** | 要支援1・2　要介護1・2・3・4・5 |
| 電話　　（　　　　　）　　　　　― |
| **身元****引受人** | 氏名 | **男・　女** | 　　　　歳 | **続柄** |  |
| 住所 | 電話 |
| **家族構成** | **氏名** | **続柄** | **同居・別居** |
|  |  |  | □同居　□別居 |
|  |  | □同居　□別居 |
|  |  | □同居　□別居 |
|  |  | □同居　□別居 |
|  |  | □同居　□別居 |
| **生活状況** | **歩行** | □自立　□一部介助　□全介助 | **障害など部位** |
| **食事** | □自立　□一部介助　□全介助 | C:\Users\shiraishi\Pictures\ファイスシート.png |
| **入浴** | □自立　□一部介助　□全介助 |
| **排泄** | □自立　□一部介助　□全介助 |
| **着脱衣** | □自立　□一部介助　□全介助 |
| **疾患等** | **褥瘡** | □有　□無（部位　　　　　） |
| **皮膚疾患** | □有　□無（部位　　　　　） |
| **内服薬** | □有　(朝・昼・晩）　□無 |
| **既往歴** |  |
|  |
| **身体状況** | **視力** | □見える　□少し見えにくい　□ほとんど見えない　□見えない | **眼鏡の有無** | □有　□無 |
| **聴力** | □見える　□少し見えにくい　□ほとんど見えない　□見えない | **補聴器** | □有　□無 |
| **歯** | **義歯及び治療の有無** | □有　□無 | 総義歯　(上・　下)　　部分義歯　(上・　下)　 |
| **運動機能** | □問題なし　　□低下を認める　　□極度な低下を認める |
| **精神面** | **意思表示** | □問題なし　　□普段は問題なし　　□困難がある　　□ほとんど表示できない |
| **話しの了解** | □問題なし　　□普段は問題なし　　□困難がある　　□ほとんど表示できない |
| **認知症** | □有・□無（軽度・中度・重度）　□ひどい物忘れ　　□徘徊　　□感情の起伏が目立つ |
| **特記事項** |  |