

②

フェイスシート(1)

CM用

記入日 令和 年 月 日 記入者 _____

利用者	フリガナ		性別		生年月日 T・S 年 月 日 (歳)			
	氏名		男・女					
	住所	〒 -			自宅電話:	()		
			携帯電話:	()				
緊急連絡先	ご家族等	フリガナ氏名	続柄	同別居	連絡先(自宅・携帯・勤務先)			
		①		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
		②		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	主治医	医療機関名			TEL			
医師名								
受診状況	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 日) <input type="checkbox"/> 不定期			受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診		
	医療機関名				TEL			
	診療科				主治医			
	緊急入院できる医療機関		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 医療機関名:					
被保険者情報	要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中						
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階						
	医療保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他			生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
生活状況	家屋形態	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ⇒ ILBA`-ﾀ- <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	居室等	専用居室 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 冷暖房 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド ⇒ <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 電動						
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他 / 手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	浴室	自宅に <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	特記事項							
家族構成と介護状態	家族構成			家族の介護状況・問題点				
	氏名(主たる介護者には※)		続柄	同別居	職の有無	健康状態	特記事項	
サービス状況	訪問介護	月 回	訪問入浴	月 回	通所介護	月 回		
	訪問看護	月 回	訪問リハ	月 回	通所リハ	月 回		
	配食サービス	日 食	その他					
事業所	居宅介護支援事業所名:			住所:				
	担当ケアマネージャー:			TEL:		FAX:		