

受付日: 令和2年5月1日

受付方法: 電話 来所 その他 ()

受付者: _____

受付番号: 000000001

整理番号: _____

フェイスシート

I. 利用者(被保険者)

[担当者名: _____]

ふりがな 利用者氏名	うめだ じろう 梅田 二郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 2年2月2日	(93 歳)
住所①	〒 530-0001 大阪府大阪市北区梅田		電話	06-0001-0001	FAX	
①以外の住所 ()	〒		電話		FAX	

II. 相談者(施設の場合は記入不要)

相談者	①. 利用者本人 2. その他 [(氏名: _____ 利用者本人との関係: _____)]	
連絡先	〒 530-0001 大阪府大阪市北区梅田	電話 06-0001-0001 FAX _____

III. 主訴

健康問題 対応に困る言動など ADL関係 家事・IADL関係 生活の質(社会参加)
 生活支援(権利擁護) 介護負担 家族・親族問題 経済問題 住宅問題 安全管理 福祉用具 その他

病院退院後、リハビリを続けながら、現在利用しているサービスに加え、新たなサービスの利用も考えている。できる限り、在宅での生活を続けていきたい。

IV. 利用者の心身の障害と生活歴

☆ 7. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症診断の有無	①. ない 2. ある
	1. アルツハイマー型 2. 脳血管性 3. その他() 4. 不明
	診断時期 令和 2年4月1日
	医療機関名 _____
生活歴	

V. 家族・介護に関わる別居家族等および住宅

[同=同居者に○] [介=主介護者:1/副介護者:2(主介護者は1名/副介護者は複数名可)]

同	介	続柄	氏名	年齢	職業・学校・特記事項
緊急連絡先	氏名		続柄		住 宅 ①. 持家(<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション) 2. 借家(<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート) 3. 公営・公団・公社住宅 4. その他() 5. 入所・入院中
	住所	〒			
	電話		FAX		
	備考				

☆: 認定調査項目