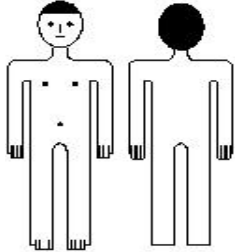


利用者情報 (フェイスシート)

(居宅介護支援事業所名)	(ケアマネージャー)	Tel		(受付年月日)
		Fax		2006/9/7

(ふりがな)	要介護度
被保険者名	認定有効期間
生年月日	身長 (cm)
被保険者番号	体重 (Kg)
性別	【連絡先】
住所	住所
(マンション名など)	電話番号
電話番号	病院名
	主治医

介護サービス状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
起床上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移乗	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思伝達	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
尿・便秘	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排便	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

(当該箇所)	(当該箇所)	(身体状況と福祉用具選定の注意事項)
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 硬縮	
<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> むくみ・浮腫	
<input type="checkbox"/> パーキンソン	<input type="checkbox"/> 円骨	
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 燕下障害	
<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> 膝関節痛	
<input type="checkbox"/> その他疾患		

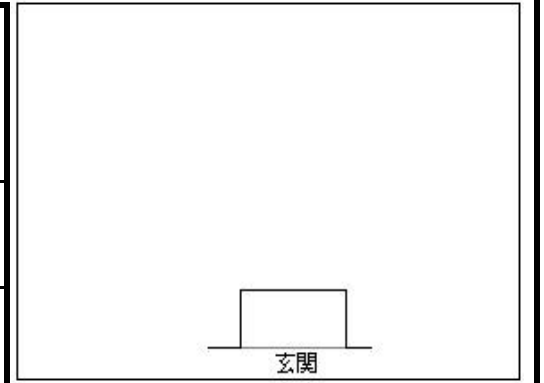
家庭環境	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦	<input type="checkbox"/> 子供と同居	人(家族)	様式	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> その他
家屋形態	<input type="checkbox"/> 一軒屋 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他				トイレ	手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て <input type="checkbox"/> 集合住宅					段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし					<input type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし		
日当たり	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他				浴室	手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ハット (<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> モーター) <input type="checkbox"/> その他					段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
暖房	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪		冷房		移動			
特記事項	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		室内 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他			
					室外 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他			
家屋見取図					段差には <input type="checkbox"/> を記入			

利用者又は家族との面談： 年 月 日 : ~ :

ご本人・ご家族の希望
 要望事項：

ケアマネージャー様への意見・報告

現在の介護環境・解決課題



調査実施者	調査日	貸与責任者	ケアマネージャー様	ご利用者様
【記事】		確認印	確認印	確認印