

# フェイスシート

記入年月日	令和 年 月 日	記入者	
-------	----------	-----	--

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	昭 平	年	月	日	歳
住所				TEL :				
				FAX :				
緊急 連絡先	氏名 :			関係				
	〒			TEL :				
				携帯 :				
本籍	(筆頭者 )							
婚姻状況	未婚	再婚	離別	死別	内縁	配偶者有		
家族 構成	氏名	続柄	住所				備考	
※家族構成図を別紙にてご提出願います (様式の指定はありません)								
手帳	種類	等級		手帳番号 (部位)			判定・交付日	
	療育手帳			第 号			昭・平 年 月 日	
	身障手帳	種	級	第 号			昭・平 年 月 日	
	精神手帳	級		第 号			昭・平 年 月 日	
年金	種類			等級	金額		備考	
	障害 (基礎・厚生) 共済 遺族 老齢 (基礎・厚生) その他( )			級				
保護の 状況	実施機関			担当者		電話番号		
	生活保護							
	その他							
資産 債務の 状況	内容					内容		
	個人資産			個人債務				

生育歴	出生時の状況								
	学歴	昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
	入院歴	昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
	施設利用歴	昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
		昭・平	年	月					
	職歴	昭・平	年	月	～	昭・平	年	月	
		昭・平	年	月	～	昭・平	年	月	
		昭・平	年	月	～	昭・平	年	月	
		昭・平	年	月	～	昭・平	年	月	
昭・平		年	月	～	昭・平	年	月		
昭・平		年	月	～	昭・平	年	月		

入所を要する理由	

生活歴						
心身の状況	精神科領域	主な疾患・障害名	医療機関名	服薬の有無	備考	
				有 ・ 無		
				有 ・ 無		
	精神科以外				有 ・ 無	
					有 ・ 無	
					有 ・ 無	
					有 ・ 無	
	既往歴	昭・平	年	月		
		昭・平	年	月		
		昭・平	年	月		
		昭・平	年	月		
		昭・平	年	月		
	性 格					
	趣 味					
嗜 好 (喫煙、飲酒 宗教など)						

普段の行動について	項目	日常的にある	頻繁にある	時々ある	たまにある	ない	具体的内容・その他
	奇声・大声						
	自傷行為						
	他傷・破壊行為						
	パニック						
	徘徊						
	性的異常行動						
	他者とのトラブル						
	過食・拒食・異食						
	その他						

## 日常生活動作 ADL 状況

日常生活	項目	全面的な支援	部分的な支援	ほぼ自立し見守り	自立	現状・留意点
	洗面・歯磨き					
	衣類の着脱					
	整髪・身だしなみ					
	食事					
	排泄行為					
	入浴					
	洗濯					
	清掃・整理整頓					
	寝具交換					
	炊事					
	買い物					
	金銭管理					
	服薬管理					

A D L 情 報	項 目	全面的な支援	部分的な支援	ほぼ自立し見守り	自立	現状・留意点
	歩 行（屋内）					
	歩 行（屋外）					
	階段の昇降					
	立 位					
	坐 位					
	寝返り					
	その他					
	補助具をご使用の際は、ご記入ください（車椅子、シルバーカー、杖等）					
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 能 力	項 目	全面的な支援	部分的な支援	ほぼ自立し見守り	自立	現状・留意点
	意思表示					
	他者からの意思表示の理解					
	自分の心配事の相談・訴え					
	電話機等の使用					
	他者との付き合い					
	交通機関の利用					
	その他					
サービス提供上の配慮事項等（その他特記事項）						