

# フェイスシート

記入年月日	平成 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			級			
	高齢 (基礎・厚生) その他( )						
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)					

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）						