

フェイスシート (下線は必須項目)

送信先：□□モケアステーション (つくだ整形外科内 担当：)

FAX：079-444-5656

担当事業所		担当ケアマネジャー	
電話番号		主治医	
FAX		作成年月日	

基本情報

フリガナ		性別		生年月日		歳
利用者氏名		男・女				
住所	家族構成図 (キーパーソン★マーク)					
電話番号						
世帯区分	1.単身 2.高齢者のみ 3.その他 ()					
住環境	1.戸建 2.集合住宅 3.駐車スペース有・無(送迎の場合)					
家族構成 キーパーソンは 名前の後ろに★	氏名	続柄	年齢	健康状態		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号	

介護保険等情報

認定情報	介護度	要支援1, 2 / 要介護1, 2, 3, 4, 5	認定済, 申請中, 区分変更	
	認定年月日	認定期間	~	
被保険者情報等	介護保険	被保険者番号	特定疾患	
	身体障害者手帳	有・無	等級 ()	
	生活保護	有・無		
現在利用している 介護保険サー ビス等	サービス種別	事業所名・連絡先等 (上段)	サービス種別	事業所名・連絡先等 (上段)
		利用曜日・時間等 (下段)		利用曜日・時間等 (下段)
	担当地域包括支 援センター	加算の手続き		

サービス希望内容

希望曜日	月・火・水・木・金・土	時間帯	~	いつでも良い
依頼内容 (目的や内容等)				
初回相談内容 (担当記入欄)	初回相談受付月日	受付方法	依頼者	相談経路
		電話・来所・訪問・その他 ()		

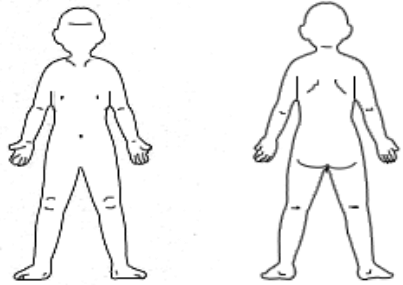
アセスメントシート (下線は必須項目)

障害高齢者の日常生活自立度	J1. J2. A1. A2. B1. B2. C1. C2	MMSE・HDS-R
認知症高齢者の日常生活自立度	I. IIa. IIb. IIIa. IIIb. IV. M	点
ADLの機能的評価	Barthel Index	点 主な減点項目

生活状況

現在の生活状況	生活・介護の状況など。
利用者の希望 (今後について)	
家族の希望 (今後の展望)	

健康状態

受診病院等	病院・診療所名	診療科目	医師	受診状況
傷病名 症状 既往歴 治療・処置				
服薬内容				
特記事項				

ADL等の詳細 (ADLおよびIADLについて)

移動能力	屋内外とも、階段等含め、補助具の使用や見守り等の状況。	
トイレ動作能力	安定性や介助の有無・程度。コントロール状態。支障となる部位の制限等。	
入浴動作能力	安定性や介助の有無・程度。支障となる部位の制限等。	
更衣動作能力	介助の有無・程度。支障となる部位の制限等。	
食事動作能力	介助の有無・程度。支障となる部位の制限等。	
その他	薬や金銭の管理。交通機関の利用、コミュニケーション能力等について。	