

フェイスシート

作成日: 2010年08月02日

作成者: 小林 友子

利用者氏名	今田 貴子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	大正 05 年 05 月 06 日	年齢	94 才								
住所	〒 160-0002 東京都新宿区坂町2-2 電話番号 03-1256-1256													
公費負担医療	公費負担者番号					適用開始								
	公費受給者番号					有効期限								
介護保険	被保険者番号	0	0	5	5	8	8	7	7	7	7	要介護度	要支援	<input checked="" type="radio"/> 要介護 (1)
	要介護認定期間	平成 21年9月1日 から 平成 22年8月31日												
身体障害者手帳	種 級													
緊急連絡先	家族	(続柄) 今田 耕一	〒 140-0001 東京都品川区品川2-2 電話番号 03-7744-****											
主治医	(医療機関名称) 檜田病院・杉原先生(内科)	電話番号 03-1555-44**												
家族構成図(介護者の状況等)	同居家族 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無)													
住居の状況(間取り等)														
健康状態	あまり良くない。													
通院状況	週1回バスで通院している。													
ご家族の習慣的・個別的な介護方法	特に無し。													

生活状態		援助の必要性
歩行	ときおり段差でつまづくこともあり、見守りが必要なこともある。	(有・無) 見守り・全介助 一部介助
食事	職員が隣に座って対応することにより、全部食べることができた。	(有・無) 見守り・全介助 一部介助
排泄		(有・無) 見守り・全介助 一部介助
入浴		(有・無) 見守り・全介助 一部介助
整容		(有・無) 見守り・全介助 一部介助
意思疎通		(有・無) 見守り・全介助 一部介助
その他		(有・無) 見守り・全介助 一部介助
ケアプラン概要		
居宅介護支援事業者 四ツ谷居宅介護支援事業所 担当ケアマネ 黒田 有子 TEL 080-999*-888*		
希望するサービス内容	サービス提供上の留意点	
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 集団レク <input type="checkbox"/> 機能訓練		
希望曜日・時間(水金) <input type="checkbox"/> 3~4時間 <input type="checkbox"/> 4~6時間 <input checked="" type="checkbox"/> 6~8時間		