

フェイスシート①

記入日 令和 年 月 日

記入者 (続柄)

ふりがな			性別	写真を必ず添付してください (スナップ写真等コピー可)			
氏名			男・女				
生年月日							
住所	〒						
緊急連絡先	氏名：	続柄()	連絡優先順位	電話番号：			
				メールアドレス：			
	氏名：	続柄()	連絡優先順位	電話番号：			
				メールアドレス：			
	氏名：	続柄()	連絡優先順位	電話番号：			
				メールアドレス：			
かかりつけ 医 (複数ある場合、 全てご記入くださ い)	医療機関名：		医師名：		通院の頻度：		
	医療機関名：		医師名：		通院の頻度：		
	医療機関名：		医師名：		通院の頻度：		
現在の通所先	現在の通所先事業所名：						
	事業所住所：		電話：				
障害名							
障害支援区分	未判定 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6						
手帳	有・無	愛の手帳	種 度				
	有・無	身体障害者手帳	種 級				
	有・無	精神障害者手帳	種 級				
家族構成 (本人以外)	氏名		生年月日	年齢	職業	続柄	同居・別居
							同・別
							同・別
							同・別
							同・別

フェイスシート②

記入日 令和 年 月 日

氏名 _____

記入者 _____ (続柄 _____)

生活リズム	就労先や日中活動先の利用がある時の生活時刻をご記入ください			休日の生活の時刻をご記入ください			
	起床	:			:		
	食事	(朝食)	—	(夕食)	(朝食)	(昼食)	(夕食)
	入浴						
	就寝						
	夜間帯の覚醒回数				回		
就寝後、夜間の様子、睡眠、生活リズムの乱れ等がある場合は覚醒の理由と覚醒時の状況をご記入ください。							
週間予定							
	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
日中活動	午前:	午前:	午前:	午前:	午前:	午前:	午前:
	午後:	午後:	午後:	午後:	午後:	午後:	午後:
福祉サービス	例) 計画相談・ガイドヘルパー・短期入所など						
医療系サービス	例) 往診・訪問医療・訪問リハビリなど						
習い事							
日常生活動作	食事	1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要			1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、食具等)		
		食形態	(例: 通常食、きざみ食など)				
	現在、控えている飲食物があれば、その理由と併せてご記入ください。						
	排泄	使用できるトイレ(Oをつけて下さい) 和式 洋式 立ち便器			1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)		
1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要							
(便秘等の症状がある場合はこちらにご記入ください)							

日常生活動作	着脱	(上衣) 1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
		(下衣) 1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
		(下着) 1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	移動	1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	歯磨き うがい	1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	入浴	1. 一人でできる 2. 一部介助が必要 (声掛け、見守り等) 3. 全て介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	金銭の使用	1. お金を理解し一人で 使用することができる 2. 一部介助が必要 3. 介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	買い物	(複数選択可) 1. 商品を選択できる 2. 店員とのやりとりが できる 3. 介助が必要	備考	
	通勤および通所	1. 荒天含め1人で通える 2. 1人で通えない	何かあればご記入ください	
日常生活動作	家事	食事の準備 片づけ	(複数選択可) 1. 配膳・下膳ができる 2. 台拭きができる 3. 皿洗いができる 4. 介助が必要	備考

日常生活動作	家事	洗濯	(複数選択可) 1. 洗濯機の操作ができる 2. 干す、取り込む、たたむことができる 3. 介助が必要	備考
		掃除	(複数選択可) 1. (掃除機・ほうき)が使える 2. 拭き掃除ができる 3. ごみの分別ができる 4. 介助が必要	備考
	交通機関	1. 電車・バスを一人で利用できる 2. 家族と一緒に利用する 3. 介助が必要	特記	
	固定電話	1. かけることができる 2. できる 3. 一人で使用したことがない	特記	
		1. 受けることができる 2. できない 3. 一人で使用したことがない	特記	
	携帯電話 (スマートフォン含む)	携帯電話の所持 (スマートフォンも含む)	有 ・ 無	
1. 送受信できる 2. できない 3. 一人で使用したことがない		特記		
行動面	信号の理解	1. 一人で渡ることができる 2. 見守りや声掛けでできる 3. 誘導や介助が必要	1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	
	手先の操作	1. 細かい操作ができる 2. 一部介助が必要 3. 全介助	利き手 (右・左・両・未確定) 1. 以外の方はご記入ください(具体的な介助方法や注意点、等)	

行動面	特異な行動	1. あり 2. なし	異食、自傷、他害、常同行動、聴覚過敏等がある場合は、具体的にご記入ください。 共同生活を送る上で『あり』の場合は具体的にご記入ください。			
	一人で過ごす力	1. 自立 2. 要支援	自室で音楽などを聴き、一人で過ごすことは可能か。不可能か。どのような準備があれば一人で過ごすことができるか。具体的にご記入ください。			
健康面	アレルギー	1. あり 2. なし	ある場合は、アレルギー症状、対応など詳しくご記入ください。			
			禁食がある場合は、こちらにご記入ください。			
	既往歴	ある場合は、下記に詳しくご記入ください。				
		病名	月齢	治療方法	備考	
		歳 か月 年 月 日				
		歳 か月 年 月 日				
	歳 か月 年 月 日					
	歳 か月 年 月 日					

健康面	発作		⑩対応方法	
	体温	平熱をご記入ください		()℃
	寒暖の調整	1. できる 2. できない		特記があればご記入ください。
	関節の動き	1. 制限あり 2. 制限なし	注意の必要な箇所がある場合はご記入ください。	
	視力	1. 支障あり 2. 支障なし	ある場合はどの程度見えているのか、どのような配慮が必要なのかなど詳しくご記入ください。	
	聴力	1. 支障あり 2. 支障なし	ある場合はどの程度聞こえているのか、どのような配慮が必要なのかなど詳しくご記入ください。	
	感染症対策 (マスクの着用)	1. できる 2. できない	職員の声掛けがあればできる。等、具体的に記入してください。	
	通院	1. できる 2. できない	定期通院、緊急時通院ともご家族での対応ができるか。	
	体調不良時の 帰宅受け入れ	1. できる 2. できない	急な37.5℃以上の発熱があった際帰宅することはできるか。	
コミュニケーション	意思表示の方法	1.言葉で伝えることができる 2.ジェスチャーで伝えることができる 3.その他の手段を用いている 4.できない	1.以外の方は具体的に記入してください。	
	他者からの言葉の理解	1.理解することができる 2.簡単な言葉は理解できる 3.できない	1.以外の方は具体的に記入してください。	

<p>コミュニケーション</p>	<p>文字理解</p>	<p>1.文字の理解ができる 2.簡単な文字は理解できる 3.できない</p>	<p>1.以外の方は具体的に記入してください。</p>
<p>日中活動事業所での様子</p>			
<p>その他</p>	<p>居室での過ごし方、好きなこと、得意なこと、嫌いなこと、苦手なこと、等</p>		