

# フェイスシート

<基本情報>

記入日 年 月 日 記入者( )

氏名	年 月 日 生まれ 歳			男・女	住所	〒						
						TEL ( )						
介護度	・要支援[ ]	認定期間	年 月 日	担当CM	事業所名							
	・要介護[ ]		から		住所							
	・申請中		年 月 日迄		TEL	FAX						
					CM氏名	TEL						
緊急連絡先	氏名		続柄	TEL		住所						
	1			[携帯]								
	2			[携帯]								
	3			[携帯]								
主治医	病院名			病院名			病院名					
	医師名			医師名			医師名					
	TEL ( )			TEL ( )			TEL ( )					
病歴					服薬状況							
健康状態	全体印象			体重	kg	身長	cm	握力	右	kg	左	kg
				視力	右	左	麻痺 あり( )・なし					
				聴力	右	左						
	意識・消明・傾眠・他( )			言語		胸囲		cm				
注意事項	アレルギー:薬物アレルギー(+-)+の場合薬品名[ ]食物等:											
	疾病上の注意点:											
	活動・運動上の注意点:											
利用までの経緯												
備考												

