

利用申込書(フェイスシート)

記入日	年 月 日	対応者	障害名	支援区分				
本人氏名	ふりがな ( )		性別 男 女					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	血液型 型	療育手帳	A2 A1 B2 B1 無				
住所	〒		手帳番号	発行地区				
電話	(自宅)	(携帯)	身障者手帳	級 ( ) 無				
保護者氏名			手帳番号	発行地区				
住所	〒		障害基礎年金	級受給・受給なし				
電話	(自宅)	(携帯)	生活保護	受給・受給していない				
本人との関係			支給地区					
家族構成	氏名	続柄	年齢	健康状態	就労	連絡先・TEL	備考	家族構成図
					有 無			
					有 無			
					有 無			
					有 無			
					有 無			
					有 無			
家族	主たる介護者							
	介護上の問題点							
	家族関係							
	外泊頻度							

生育歴	時期	事項	施設経験	時期	事項	
			無・有（主なものを下記に3つ記入して下さい。）			
			職歴	職場名		
			職歴	業務内容		
		職歴	勤務時間			
		職歴	時期			
		職歴	その他辞めた理由等			

	ADL (日常生活動作)				備考		社会生活能力				
	項目	介護度					項目	介護度			備考
ADL (日常生活動作)	食事	自立	一部介助	全介助		ADL	髭剃り	自立	一部介助	全介助	
	排泄	自立	一部介助	全介助			生理	自立	一部介助	全介助	
	着脱	自立	一部介助	全介助		社会生活能力	金銭感覚	自立	一部介助	全介助	
	移動	自立	一部介助	全介助			買物	自立	一部介助	全介助	
	整容姿	自立	一部介助	全介助			小遣管理	自立	一部介助	全介助	
	洗面	自立	一部介助	全介助			外出	自立	一部介助	全介助	
	入浴	自立	一部介助	全介助			交通機関	自立	一部介助	全介助	
	就寝準備	自立	一部介助	全介助			掃除	自立	一部介助	全介助	
	歯磨き	自立	一部介助	全介助			洗濯	自立	一部介助	全介助	
	爪きり	自立	一部介助	全介助			料理	自立	一部介助	全介助	
耳垢取り	自立	一部介助	全介助		電話利用	自立	一部介助	全介助			

身体的特徴	項目	状態	特記事項	性格・感情・情緒	
	身長	cm			行動障害（自傷・他害・破壊等）
	体重	kg			
	視力	右（ ） 左（ ）			
	眼鏡使用	有 ・ 無			
	聴力	異常なし 大声なら聞こえる 聞こえない			
会話	可 ・ 不可		行動特性		
意思表示	言葉 身振り 行動 その他				
言葉	有（明瞭・不明瞭） 無し				
言語理解	可能 ほぼ理解可能 殆どできない 不可				
読字	可（漢字・ひらがな カタカナ・数字） 不可				
身体不調訴え	自ら訴え可 表情等で判断可 判断不可			対人関係・性意識	
作業能力	作業	能力	指導しても何も出来ない 指導すれば簡単な用事などではできる 指導や監督のもとで簡単な作業ができる 指示されなくても自身で判断して作業を行うことができる		こだわり
		備考			
作業能力	集中力				その他

医療面	既往歴	病名	期間	病院名	備考	睡眠	起床	時	就寝	時		
							睡眠状況					
	てんかん	症状	有	無								
		投薬	有	無								
		発作	有	頻度:								
	無		様子:									
	通院先	病院名	科	主治医名	治療内容	通院日	連絡先	保健衛生	飲酒	無・有(頻度・量)		
									たばこ	無・有(1日の本数)		
							食べ物		好物:			
									嫌物:			
							アレルギー		無 有 ( )			
							食事制限		無 有 ( )			
通院状況	通院状況	単独通院 ・ 一部介助(随時チェック) ・ 全面介助(要付添)										
	服薬	有	無	薬管理	自立	一部介助	全面介助	注意事項	平熱	℃	血圧平均	
	感染症	有	無									
処方内容										本人の希望		
その他注意事項										家族の希望		