

# 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 から	担当CM	事業所名	
	・要介護[ ]		年 月 日迄		住所	TEL
	・申請中				TEL	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						

