

総社市地域生活支援拠点登録者 フェイスシート

				記入日	令和 年 月 日		
				記入者 (事業所名)	()		
身体	知的	精神	その他 ()	写真			
ふりがな							
氏名							
性別	男 ・ 女						
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日						
住所							
電話など							
緊急連絡先	※ 緊急時連絡票参照						
手帳	身体 (種 級) ・ 療育 () ・ 精神 (級)						
障がい福祉サービス	サービス利用	有 ・ 無		障害支援区分	有 (区分) ・ 無		
	相談支援事業所	(担当:)					
	利用中のサービス (事業所)						
	短期入所 ()			日中一時 ()			
	居宅介護 ()			移動支援 ()			
生活介護 ()			就労B型 ()				
()			()				
介護保険	サービス利用			介護認定	有 (要介護 要支援) ・ 無		
	居宅介護支援事業所	(担当:)					
家族構成				名前	関係	同 ・ 別	
						同 ・ 別	
						同 ・ 別	
						同 ・ 別	
						同 ・ 別	
疾患名							
かかりつけ医				科 (主治医:)			
	〒			TEL			
薬	※ 添付「内服薬処方箋」参照			インシュリン注射	有 (朝 昼 夜) ・ 無		
アレルギー	食物アレルギー	有 () ・ 無		薬アレルギー	有 () ・ 無		

障がいや疾患の状況			
まひの有無	有（ ） ・ 無		
移動	ひとりで歩行できる ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 車いすや補装具が必要		
食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要 ・ 偏食が激しい ・ 過食 ・ 少食		
食形態			
排尿	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要	使用便器	洋式 ・ 和式 ・ ポータブル ・ オムツ
排便	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要	使用便器	洋式 ・ 和式 ・ ポータブル ・ オムツ
睡眠			
発作	有 ・ 無		
状況：			
対応：			
パニック	有 ・ 無		
状況：			
対応：			
内服方法			
必要な医療的ケア	胃ろう ・ 尿道カテーテル ・ 吸引 ・ 酸素 ・ その他（ ）		
意思疎通の方法			
緊急持ち出し荷物	用意していない 用意してある（保管場所： ）		
落ち着いて過ごすために役立つアイテム			
特記事項			