【フェイスシート】

氏名；

生年月日； 、　　歳

性別；

住所；

連絡先；

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

住まい

同居者

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

後見人ないし代理決定者の情報

　氏名・連絡先

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

臨床診断

＃

＃

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

臨床経過

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

処方内容

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

既往歴；

感染症；HBｓAｇ（+・—）、HCV-Aｂ（+・—）、TPHA（+・—）（検査日）

薬剤アレルギー；

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

要介護状況；

障害高齢者の日常生活自立度；

認知症高齢者の日常生活自立度；

HDS-R；　点（検査日）

身体障害者手帳；有・無（等級）

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

移動；自立・一部介助・全介助

移乗；自立・一部介助・全介助

食事；自立・一部介助・全介助

排泄；自立・一部介助・全介助・オムツ・ポータブルトイレ

着衣；自立・一部介助・全介助

入浴；自立・一部介助・全介助

整容；自立・一部介助・全介助

服薬；自立・一部介助・全介助

コミュニケーションやその他の問題点；

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

医療・ケアの問題点

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

今後の医療・ケアに対する本人の希望

・病名や予後についての理解

・最後の段階における医療・ケアに対する大まかな希望

・通院困難になったときの担当医・生活の場についての希望・

・食べられなくなったときの希望

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

今後の医療・ケアに対する家族の希望

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

かかりつけ医 〇〇　〇〇、施設名、電話番号、施設の患者ID

協力医（副主治医）

かかりつけ歯科医

かかりつけ薬剤師

基幹病院

訪問看護師

訪問リハビリ

ケアマネ