

申込日：令和 年 月 日

入所希望者	ふりがな	性別	生年月日		年齢
	氏名：	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ		歳
住 所	〒 _____				電話 ( _____ )
要介護度	□支援2 □1 □2 □3 □4 □5		介護保険被保険者番号		
医療保険	□後期高齢者医療保険 □国民健康保険 □生活保護		年金：□有 □無 月( _____ )万		
介護者の状況	□ひとり暮らし □夫婦のみ		□家族同居 □介護者がいない		□介護者がいる
ご家族の状況	氏名	続柄	住所	連絡先	
				Tel _____	
				Tel _____	
				Tel _____	
お住まい(今いる場所)	□自宅 □病院 □老人保健施設 □その他施設 ( _____ ) 病院・施設名 ( _____ ) ※必ず記入して下さい。				
身体状況	【食 事】主食：□米 飯 □ 粥 □ミキサー 副食：□常 食 □一口大 □キザミ □極キザミ □ミキサー 介助レベル：□自 立 □見守り □一部介助 □全介助				
	【排 泄】 昼：□トイレ □オムツ レベル：□自 立 □一部介助 □全介助 夜：□トイレ □オムツ レベル：□自 立 □一部介助 □全介助				
	【移 動】立位：□ 可 □何かに掴まれば可 □不可 歩行：□自 立 □伝い歩き □歩行器 □車椅子 □寝たきり				
	転倒の危険性：□ 無 □ 有 ベッドからの転落・滑落の危険性 □無 □有				
	【入 浴】 □一般浴槽 □リフト浴 □特殊浴槽 □その他 ( _____ )				
	【認知症】 □ 無 □ 有 (病名： _____ )				
	【認知症による周辺症状】				
	□徘徊 □せん妄 □幻 覚 □不潔行為 □暴 言 □暴 行 □昼夜逆転 □不穏・興奮 □収集癖 □独 語 □大 声 □介護抵抗 □帰宅願望 □異 食 □その他 ( _____ )				
	【精神疾患】 □ 無 □ 有 (病名： _____ )				
	【認知症高齢者の日常生活自立度】 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M (□わからない)				
医療状況	□特になし □尿道カテーテル □ペースメーカー □点滴管理 □中心静脈栄養				
	□胃 瘻 □経管栄養 □人口肛門 □インシュリン □透 析				
	□気管切開 □酸素療法 □褥瘡処置 □疼痛ケア □吸 引				
□その他 ( _____ ) 感染症の有無： 有 ・ 無 ( _____ ) 褥 瘡の有無： 有 ・ 無 (部位： _____ )					
申込者	氏名	ふりがな	続柄		
	住所	〒 _____	電話番号	自宅： 携帯：	
※こちらの住所に判定結果をお送りします					