

【様式2】

記入日：平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

入所希望者氏名：〇〇〇〇〇〇

歩行	自立・ <input checked="" type="radio"/> 見守り・一部介助・不可	移動	独歩・杖・ <input checked="" type="radio"/> 歩行器・車椅子・その他	
更衣	<input checked="" type="radio"/> 自立・声かけ・一部介助・全介助	整容動作	自立・ <input checked="" type="radio"/> 声かけ・一部介助・全介助	
食事	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	主食・ <input checked="" type="radio"/> ご飯・全粥・粥ミキサー	
食事時使用	<input checked="" type="radio"/> 箸・スプーン・フォーク・その他		副菜・ <input checked="" type="radio"/> 常食・きざみ・ミキサー	
義歯	なし・部分義歯(<input checked="" type="radio"/> 上・ <input type="radio"/> 下)・総義歯(上 <input type="radio"/> 下 <input checked="" type="radio"/>)・管理必要			
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・一部介助・全介助	排便間隔	毎日・時々・ <input checked="" type="radio"/> 便秘傾向	
排泄用具(日中)	<input checked="" type="radio"/> パンツ・紙パンツ・オムツ・パット	排泄場所(日中)	<input checked="" type="radio"/> トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ	
排泄用具(夜間)	パンツ・ <input checked="" type="radio"/> 紙パンツ・オムツ・パット	排泄場所(夜間)	トイレ・ <input checked="" type="radio"/> Pトイレ・尿器・オムツ	
尿意	<input checked="" type="radio"/> 有・無	便意	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
入浴	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全介助・清拭	入浴形態	<input checked="" type="radio"/> 一般浴槽・椅子型浴槽・全介助型浴槽	
麻痺	<input checked="" type="radio"/> なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他			
可動域制限	<input checked="" type="radio"/> なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・その他			
視力	支障なし(右・左)・不明瞭(<input checked="" type="radio"/> 右・ <input checked="" type="radio"/> 左)・見えない(右・左)	眼鏡	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
聴力	支障なし(右・左)・大声聞こえる(<input checked="" type="radio"/> 右・ <input checked="" type="radio"/> 左)・聞こえない(右・左)	補聴器	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
発語	支障なし・ <input checked="" type="radio"/> 不明瞭・不可	記憶	<input checked="" type="radio"/> 年齢相応・記憶保持困難	
認知症状	妄想・作話・幻聴・幻視・情緒不安・ <input checked="" type="radio"/> 不眠・昼夜逆転・暴言・暴力・奇声 大声・介護拒否・徘徊・収集癖・破壊行為・不潔行為・異食・帰宅願望 その他()			
医療行為	経管栄養・インシュリン注射・在宅酸素療法・バルーンカテーテル・ストマ・人工透析 気管切開・毎日の吸引・中心静脈栄養・褥瘡(部位：) その他()			
既往歴	昭和〇〇年〇月 糖尿病 昭和〇〇年〇月 脳梗塞 平成〇〇年〇月 C型肝炎 平成〇〇年〇月 アルツハイマー型認知症			
かかりつけ医	病院名：〇〇病院 医師名：〇〇医師			
障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・無			
収入状況	年額(概算)	約120万円	生活保護	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無
	収入内容(老齢基礎年金、遺族厚生年金)			
上記の他、特別な状況、事情、ご希望等あればご自由にご記入下さい。				

各項目の該当項目に〇をつけて下さい

発症年月
感染症等も記載

可能であれば横の空欄に障害の種類と等級を記載

年金種別
土地収入等

※上記に本人の状況を記載の上、入所申込書と併せて御提出下さい。