

【様式2】

記入日：令和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) () 下) ・総義歯 (上) (<input checked="" type="radio"/> 下) ・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 平成〇〇年〇月 C型肝炎 昭和〇〇年〇月 脳梗塞 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 checked="" 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
○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。