

〈入居申込書〉

平成 年 月 日

フリガナ				M	年	月	日	(歳)
ご本人氏名	様			T				
ご本人住所	〒 -			TEL	()	-		
要介護認定	要介護	居宅介護 支援事業所	介護支援専門員					
かかりつけ医	主治医							
認知症診断	有 ・ 無	現在受けている サービス(回数)						
その他 (入居希望理由等)							
							
							
							
							
フリガナ				ご本人との関係				
申込者氏名	様							
申込者住所	〒 -			TEL	()	-		

現在の身体状況

※ 当てはまる所に○をつけてください

項 目	状 態				備 考				
食 事	摂取状況	自立	見守り	一部介助	全介助				
	食事形態	主食	普通	粥食	副食	普通	刻み		
排 泄	排泄状況	自立	見守り	一部介助	全介助				
	オムツ類	綿パンツ	パット	リハパン	紙オムツ				
移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	杖	歩行器	車椅子		
入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助					
麻 痺	有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢) ・ 無								
視 力	見える	やや見える	見えない						
聴 力	聞こえる	やや難聴	難聴						
睡 眠	眠れる	やや不眠	不眠						
内服薬	有 ・ 無	薬の管理	できる	できない					
感染症	有 () ・ 無								
皮膚疾患	有 ・ 無	塗り薬	有 ・ 無						