

<身体状況>		身長	cm	体重	kg	特記事項
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴					
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> メガネ(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由					
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)					
認知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度					
理解力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難					
精神状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安症状 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚					
<日常の生活動作(ADL)の状況>						
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 座位保持困難 移乗方法 (<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(制限内容⇒)					
排泄状況	尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 留置カテーテル: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 トイレで排泄する時間帯: <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 使用無 ポータブル便器を使用する時間帯: <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 使用無 尿瓶を使用する時間帯: <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 使用無 下着(日中): <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ (夜間): <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ 排泄状態: <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿回数: 日中()回/日 夜間()回/日					
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
更衣	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
口腔	自歯(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯					
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係(続柄)		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日: 年 月 日(歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)				
	入居申込み理由	【介護をしている上で困っていること等】				
紹介者または担当者名 (紹介者がいる場合のみ)	居宅介護支援事業所名:					
	介護支援専門員氏名:			連絡先電話番号:		
	施設・病院に入居(院)の方は担当者名をご記入ください					
	担当者名:		職種:		連絡先電話番号:	

※できるだけ詳しくご記入ください。