

# 入居申込確認表

平成 年 月 日現在

ふりがな		性別	生年月日	年齢	要介護度	
氏名		男・女	明・大・昭			
			年 月			
		身長	cm	体重	kg	
起立・移動	起立状況	<input type="checkbox"/> 立ち上がる <input type="checkbox"/> 介助があれば立ち上がる <input type="checkbox"/> 立ち上がれない				
	使用品	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 他				
	移動状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			骨折歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	転倒	<input type="checkbox"/> よく転ぶ <input type="checkbox"/> 時々転ぶ <input type="checkbox"/> 転ばない			転倒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	特記事項					
排泄	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（常時・夜間のみ） <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 他				
	排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	使用品	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 他				
	特記事項					
食事	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 他			家族構成	
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 他				
	補助食品	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（				
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 他（				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（				
	治療食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	内容			
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 他				
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	むせ	<input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせない				
特記事項						
整容	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			洗顔	<input type="checkbox"/> 流水 <input type="checkbox"/> 蒸しタオル
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上/ <input type="checkbox"/> 下）
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位入浴 <input type="checkbox"/> 仰臥位入浴 <input type="checkbox"/> 他（			特記事項	
	洗身方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	洗髪状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
認知症状	夜間不眠	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		徘徊	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	異食	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		大声を出す	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	特記事項					
疾病	病歴					
	特記事項					
内服薬						
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな音なら聞こえる <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			補聴器	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用	
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 大きなものは見える <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない			眼鏡	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用	
職歴						
趣味						
収入状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他		支給額	円/月	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→	福祉事務所名			
	家族援助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→	円/月（概算でかまいません）			