

# 入居申込確認表

令和 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<br>・<br>移動 | 起立状況  | <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助があれば立ち上がれる <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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |  |  |
|               | 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |  |  |
|               | 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   |   |                |       |   |      |  |  |  |
|               | 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"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上/ <input type="checkbox"/> 下） <input type="checkbox"/> 無 |  |  |
| 入浴            | 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   |                |       |   | 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           | 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"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用   |  |  |
| 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"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用   |  |  |
| 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"/> 有→   | 福祉事務所名         |       |   |      | <input type="checkbox"/> 無   |  |  |
|               | 家族援助  | <input type="checkbox"/> 有→   | 円/月（概算でかまいません） |       |   |      | <input type="checkbox"/> 無   |  |  |