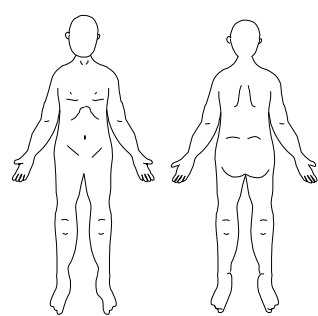


入居情報提供票

お申込み日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日 年 月 日 年齢	明治 大正 年 月 日 昭和 (満 歳)	男・女
住所	〒 ー	医療保険の種類(○で囲んでください) 国保・社保・老人医療・その他()		
電話番号		身体障害者手帳 無・有(種 級) 障害名()		
要介護度 認定有効 期間	要介護状態区分() 前回() 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		被保険者番号	
			医療機関 連絡先	名称 TEL ()
身 引 受 人 ①	フリガナ 氏名		続柄:	自宅 ()
	住所		年齢:	FAX ()
連 絡 先 ②	フリガナ 氏名		続柄:	自宅 ()
	住所		年齢:	FAX ()
連 絡 先 ③	フリガナ 氏名		続柄:	自宅 ()
	住所		年齢:	FAX ()
日 常 生 活 作 業 の 状 況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行(1点杖・多点杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意便意(有・無)		
		<昼> <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 <夜> <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 中間浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽		
	着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		食事量(大盛・普通・小盛)で約()/10		
		主食(常食・3分粥・5分粥・全粥・ペースト)		
		副食(常食・刻み・中間刻み・極刻み・ペースト) 特別食(減塩 g・糖尿病食 kcal・胃ろう)		
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
認知症 の 症 状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 性的行為			
申 込 み 由 緯	<障害の部位> <div style="float: right; text-align: right;"> △ 障害 × 欠損部位 ● 褥創 </div>			
	身長	cm		
	体重	kg		
				
	現在の居所			

収 * ご 下 必 記 さ 入 ず 入 い	ご本人様	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 他 ()年金	約¥	/2ヶ月
		<input type="checkbox"/> 生活保護支給			約¥	/1ヶ月
	配偶者	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 他 ()年金	約¥	/2ヶ月
	その他 ()				約¥	/1ヶ月
支 払 い 法	*ご利用料のお支払い方法をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> ご本人様年金 <input type="checkbox"/> ご本人様預金 <input type="checkbox"/> 配偶者年金 <input type="checkbox"/> ご家族負担 <input type="checkbox"/> その他 ()					
出 身 地		最 終 学 歴	卒			
職 歴	例) ○年間	例) △△会社勤務				
病 歴 入 院 入 所 歴	期 間	病名/理由	医療機関名・施設			
	～					
	～					
	～					
	～					
性 格	ア 朗らか イ 親しみやすい ウ 几帳面 エ 凝り性 オ 自分のことを気にしやすい カ 人にとけこめない キ 好き嫌が多い ク わがまま ケ 頑固 コ 短期 サ 無口 シ 融通がきかない					
対人関係	ア 拒否的である イ 普通 ウ 協調的である					
趣 味	若いころの趣味：			習い事：		
食生活	好き嫌い： 無・有 ()					
嗜 好 品	たばこ：吸わない・吸う (本/日) 酒 ：飲まない・飲む (何を どのくらい)					
アレルギー	無・有 ()					
面会状況	*入所後の面会頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2～3回 <input type="checkbox"/> 月1回以下					
家 族 図	男 性：□ 女 性：○ ご本人：◎ 同 居：全体を○で囲む 死 去：黒塗り					

事 業 所 名			
ケアマネージャー		連 絡 先	