

入所申込者基本情報

1. 本人の状況

自宅以外に長期的に滞在している場合は、施設の種類や施設名について記入して下さい。

現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健・養護・軽費・ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームなど <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)		
サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(週5 回)	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回)	<input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(月8 日)
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩き
	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃・鼻)		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 支障がある(右が聞こえづらい)	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 支障がある()

2. 認知症状等

現在の症状について該当するものにチェックをしてください。

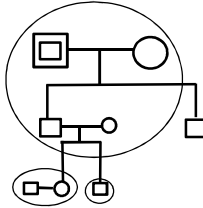
認知症の具体的な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症(重い・軽い・なし)	認知症の有無、程度についてお答え下さい。	
	<input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする	<input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあった事を忘れる	<input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない
	<input type="checkbox"/> 場所がわからない	<input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない	<input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない
	<input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない	<input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 依存傾向にある	<input type="checkbox"/> 判断能力が低下している
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> 幻覚症状がある	<input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある
	<input type="checkbox"/> 会話が成り立たない	<input type="checkbox"/> 異食・過食がある	<input type="checkbox"/> 徘徊がある
	<input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する	<input type="checkbox"/> 介護されることに抵抗する	<input type="checkbox"/> 攻撃的な行動・言動がある
	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい	<input type="checkbox"/> 弄便・おむつを外す	<input type="checkbox"/> その他()

3. 介護者の状況

主介護者以外のご家族について記入して下さい。

□養育について
未就学児の育児をしている場合、または障がいのある方の養育、要介護認定を受けている家族を介護している場合など

□健康状態について
本人のご病気や障がい、または要介護認定を受けている場合など

氏名 浅岸 けいこ (男)女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	家族構成図 <input type="checkbox"/> ...本人 
続柄(長男の妻) (50 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 浅岸 次郎 (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 東京都)	
続柄(次男) (48 才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 ○○ ○○ (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 宮城県)	
続柄(孫) (25 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 青山 ○○ (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 北海道) 大学生	
続柄(孫) (21 才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 (男)女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	
続柄() (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	※同居している場合は ○ で囲む

4. 特記事項(困っていること、伝えたいこと等)

※ 記入頂いた項目以外の事でも、同じ事でも構わないので、お困りのことなどご自由に記入して下さい。
