

住宅型有料老人ホーム絆 入居申込書

利用者氏名		性別	生年月日		年齢
フリガナ		男女	大正・昭和		歳
			年 月 日		
住所及び連絡先					
〒					
電話 ()					
-					
要介護状態区分	介護保険証有効期間		居宅介護支援事業	担当ケアマネージャー	
要支援 要介護	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
現在の居所	かかりつけ医		服薬	病 名	
自宅・施設・病院			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

身体及び周辺症状（該当するものに○をして下さい）		特記及び留意事項（具体的に）			
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	方法：つたい歩き・杖・歩行器・車イス（自走可・自走不可）				
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	義歯／上・下・なし 器具／箸・スプーン・フォーク 種類／普通食・お粥・きざみ・流動食・特別食 kcal				
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ・パット・オムツ				
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	介助浴・特別浴				
着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	患側（右・左・上肢・下肢）				
整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	洗面・髪をとく・ひげそり・爪切り・義歯手入れ				
認知症（痴呆）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	周辺症状等			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	言語	正常・やや障害あり・発言不可能	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴			麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢

