



	視 力	聴 力	言 語	意 思 疎 通
	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 話せない	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 通じない
	食事摂取動作	食事内容	口腔内状態	飲み込み
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 入歯 <input type="checkbox"/> 全歯脱落	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々詰まる <input type="checkbox"/> 頻繁に詰まる
コミュニケーション	排泄状態	排 泄	尿 意	便 意
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 昼トイレ夜オムツ <input type="checkbox"/> 昼夜オムツ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	移動状態	移 動	入 浴	更 衣
	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖、つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
性 格	対人関係	性格（記入して下さい）		趣味・嗜好（記入して下さい）
	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的			
問 題 行 動	物忘れ	暴力行為	昼夜逆転	不穏興奮
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	徘徊	自傷行為	不潔行為	その他
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

教育歴(最終学歴)		職 歴	
身長・体重	身長 ( ) cm		体重 ( ) kg

入 所 に つ い て	<input type="checkbox"/> 承知している <input type="checkbox"/> 本人に確認していない <input type="checkbox"/> 理解していない
入所後の希望(どういう ケアが必要か等)	
意 思 決 定 権	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 成年後見人がいる
終末期に対する希望	<input type="checkbox"/> 終末期に対する希望がある (たとえば、病院に入院しない等)
入 所 理 由	
生 活 歴 (出生地、家族関係 学歴、職歴、病歴等)	

# 入所申込書兼調査書

お名前 ご住所	
要介護度	1    2    3    4    5
同居の方について	ひとり暮らし    ご夫婦のみ（相手の方のご年齢    歳） ご夫婦以外に同居者がいる
主に介護している方について	介護する方は    いる    いない 主に介護する方は    健康    病弱    病気で療養中    障害がある 主に介護する方は    働いている    働いていない
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は    いる    いない 手伝う方がいる場合、その方は    親族    近所の方    その他の方
お住まいについて	今のお住まいは    自宅    自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が    ある    ない 立ち退きを求められている    家屋の老朽が激しい
介護する上で住宅の問題について	エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる 自分の部屋がない    自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある (その他具体的に    )
その他で該当するものがあるれば○	徘徊    暴力行為    不潔行為    異食    大声や奇声 その他の行為（具体的に    ) 病気がある（具体的な病名    )

現在受けておられる介護や治療のようすについて

ご自宅以外での介護や治療	現在おられるのは    病院    老人保健施設    介護療養型医療施設 養護老人ホーム    軽費老人ホーム    ケアハウス 有料老人ホーム    グループホーム その他（    )
ケアプランなどについて	ケアプランは    作っている    作っていない 相談できる介護支援専門員は    いる    いない 介護支援専門員の氏名 連絡先（会社名）    電話    (    )
在宅サービスについて	在宅サービスは    使っている    使っていない 今後の利用は    今のままでよい    もっと増やしたい 具体的に（    )

私は、入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員に提供することに同意します。

平成    年    月    日    氏名    ㊞