

入所申込者状況表

記入年月日	令和 年 月			
フリガナ				
入所申込者名				
本人の状況	病名			
	主治医	病院名:		
	認知症	頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> なし	
		具体的症状	()	
	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		
		食事形態	主食: 米飯・軟飯・お粥・その他(全粥ミキサー) 副食: 常菜・一口大・キザミ・ミキサー・その他()	
	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		
		リハビリパンツ・オムツ・ポータブルトイレ使用		
	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		
		一般浴・シャワー浴・機械浴		
	身体状況	麻痺	有・無 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・体幹)	
		義歯	有・無 (総入れ歯・部分入れ歯)	
	歩行状況	独歩 歩行状態(杖・手引き・歩行器等) 車イス(全介助・一部介助・自走)		
	障害者手帳等	有・無		
介護保険負担限度額認定証	有・無 (*お持ちの方のみ)	申請中 ・ 1段階 ・ 2段階 ・ 3段階		
サービス利用状況	有・無	デイサービス(日/週) デイケア(日/週) ショート(日)		
		ヘルパー(日/週) 訪問看護(日/週) 訪問リハ(日/週)		

介護者等の状況	介護者1	フリガナ		同居・別居	家族の構成	
		氏名				
		続柄		年齢		歳
		住所	〒			
	介護者2	フリガナ		同居・別居		
		氏名				
		続柄		年齢		歳
		住所	〒			
	介護者の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他				
	主たる介護者の障害・疾病等	<input type="checkbox"/> 治療を要し、通院中				
		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能				
	就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (職種等: : 時間 /日 : 5日 /週)				
育児	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (子どもの年齢等:)					
複数介護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (在宅・施設入所・入院) (介護内容:)					
他の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり : ありの場合 続柄()					
* 「常時あり」は週4日程度以上、「随時あり」は週1~3日程度を目安。1日あたりの目安が2時間以上又は頻回以上。						