

入居をご希望の方の身体状況等について

生活状況	現況	独居・高齢者世帯・家族同居・病院入院中（ ） ・ 施設入所中（ ）			
	移動	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー その他（ ）	介助程度	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	食事	主食）普通・軟飯・粥・ミキサー・ソフト（箸 ・ ｽﾌﾟｰﾝ） 副食）普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー・ソフト 摂取量 割 水分トロミ（無 ・ 有）	介助程度	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	排泄	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ オムツ ・ リハビリ パット ・ ハルーンカテーテル ・ 人工肛門 ・ 人工膀胱 その他（ ）	介助程度	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	入浴	一般浴 ・ 機械浴 ・ 寝浴 ・ 清拭のみ その他（ ）	介助程度	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重 kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	認知症	無・有（自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）	
	発語	普通・やや不自由・不自由	問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・不穏行動・自傷行為・暴力行為・ 昼夜逆転・異食行動・火の不始末・被害妄想・その他） <備考:>	
	理解力	普通・分かりにくい・分からない			
	意思疎通	普通・伝えにくい・伝えられない	頻度	ほとんど毎日 ・ 週3～4回 ・ 週1～2回 ・ 月に数回	
健康状況	現疾患			既往歴	
	かかりつけ医			主治医	
	TEL			FAX	
	医療状況	無 ・ 有 胃ろう・経鼻・インスリン・透析・在宅酸素・吸痰・その他（ ）			
	感染症	無 ・ 有（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・MRSA・疥癬・結核・その他（ ））			
	皮膚状況	普通 ・ 弱い	湿疹	無 ・ 有（ ）	
	睡眠状況	良 ・ 不良（服薬：無・有）	麻痺	無 ・ 有（ ）	
	嚥下	異常なし ・ ムセあり ・ つまりやすい	拘縮	無 ・ 有（ ）	
義歯	無 ・ 有（上 ・ 下）	褥瘡	無 ・ 有（ ）		
アレルギー	無 ・ 有（ ）	口腔状況	良 ・ 否（ ）		
その他	身障手帳	無 ・ 有（ 種 級 障害名_____）			
	年金額	年額（概算） _____円			
	医療保険等	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他（ ）			

身元保証人・引受人の方について				
	氏名	続柄	住所	連絡先（自宅もしくは携帯）
身元保証人			〒	()
身元引受人			〒	()

私は、入居申込みの際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。また、今後の介護保険事業の施策の参考とするため、この申込書の内容を保険者等に報告することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 _____ (本人との続柄)