

申 込 書 一 心 身 の 状 況 に つ い て

記載日 年 月 日

入居予定者氏名:		記入者:		ご関係:		
日常生活動作	①歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何とか一人で	<input type="checkbox"/> 一部できる	<input type="checkbox"/> できない	
	②移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()	
	③入浴方法	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用()		<input type="checkbox"/> その他()	
	④入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何とか一人で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	⑤着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何とか一人で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	⑥食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何とか一人で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ	
	⑦食事形態	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他()	
	⑧飲み込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 見守り	
	⑨排泄方法(日中)	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器	
	⑩排泄方法(夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器	
	⑪排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	⑫視力	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる	<input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> メガネ使用	
	⑬聴力	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる	<input type="checkbox"/> 耳元で聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用(左・右)	
	⑭会話	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 発語なし		
	⑮意思表示	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	⑯麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()			
	⑰拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()			
特記事項	日頃の様子や介護方法などを記入してください					
生活の状況	①物を盗られた等、被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	②実際にはないものが見える、聞こえる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	③夜間不眠や昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	④暴言、暴力がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑤自分を傷付ける行為がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑥大声を出すことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑦助言や介護に抵抗することがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑧目的なく動き回ることがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑨一人で外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑩不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑪食べられない物を口にに入れる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	⑫ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
特記事項	日頃の様子や介護方法などを記入してください					