

(様式2)

【入所希望者状況報告書】

入所希望者名： _____ 様

身体 の 状 況

治療中の病気等		なし・あり (_____)
主治医		いない・いる (病院名： _____ 医師名： _____)
既往歴		
日常生活動作能力	視力	1. 普通 2. 見え難い 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない
	聴力	1. 普通 2. 聞こえ難い 3. 耳元で大声 4. 全く聞こえない
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 発言のみ 4. 全く話せない
	記憶	1. 年齢相応 2. 時々忘れる 3. ほとんど忘れる
	喫煙	1. しない 2. する (1日 _____ 本程度)
	飲酒	1. しない 2. する (1日 _____ 程度)
	体型	身長 _____ cm 体重 _____ kg
	全体的動作	1. 外出できる 2. 家の中なら歩ける 3. 起きられるがあまり動かない 4. 寝たきり・ほとんど寝たきり
	歩行	1. 自立 2. 杖・手すり等を使用 3. 要介護 4. ほう 5. 全面介助
	食事	1. 自立 2. セットすれば自立 3. 一部介助 4. 全面介助 ・主食 (1. 普通 2. おかゆ 3. ペースト) ・副食 (1. 普通 2. 一口大 3. キザミ食 4. ペースト)
	義歯	1. なし 2. あり上・下 (ア. 全部 イ. 一部 ウ. 有るが使用せず)
	着脱衣	1. 自立 2. 指示すれば可 3. ボタンかけなど一部介助が必要 4. ほとんど着せる 5. 全面介助
入浴	1. 自立 2. ほぼ普通にできるがやや不自由 3. 浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4. 全面介助	
排泄	1. 自立 2. 便器まで介助 3. 自立でポータブル便器使用 4. 便器介助 5. おむつ使用 (常時・昼のみ・夜のみ)	
認知症状	1. 昼夜逆転 2. うつ 3. 興奮 4. 幻覚 5. 妄想 6. 生活意欲の低下・無意 7. 徘徊 8. 奇声・大声 9. 介護抵抗 10. その他 (_____)	
医療行為	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. イシュリン 4. 器官切開 5. 褥瘡 (箇所 _____) 6. 吸引 7. ストマ 8. バルカテール留置 9. 点滴 10. その他 (_____)	
障害手帳	無・有 手帳種類 (_____) 障害名 _____ 種 _____ 級 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
ご要望等		

家族の状況					
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業
同居の家族 ※1	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
別居の家族 ※2	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
特記事項 (※3)					

※1 同居されている家族については、その全員を記入して下さい。

※2 別居されている家族については、ご本人の「子」「兄弟・姉妹」と成人されている「孫」までを記入して下さい。

※3 上記1、2以外の方が申込者となっている場合はその理由を記入して下さい。その他特記すべき事項があれば記入して下さい。

現在の所在されている場所と今後の予定の確認	
今後の予定	1、未定 2、決まっている(どこに: いつから:
現在いる所	1、ご自宅 2、施設 3、病院 4、その他() (名称: 担当者: いつから:
その前は	

本人の収入の状況		
種別	項目	年額(概算)
年金・恩給		
その他の収入		