



《申込日》 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|---|---|---------|-----|---------|--------------------------------|--------------------------------|
| 申込者 | ふりがな | | | | | 性別 | 入居者との関係 | <input type="checkbox"/> 子() | <input type="checkbox"/> 配偶者 |
| | 氏名 | | | | | 男・女 | | <input type="checkbox"/> 親族() | <input type="checkbox"/> 成年後見人 |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | <input type="checkbox"/> 他() |
| | 連絡先 | 自宅 | - | - | その他勤務先等 | - | - | 連絡可能日時等 | 月・火・水・木・金・土・日 時～ 時 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|--|--|--|-----|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 入居者 | ふりがな | | | | | 性別 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | 男・女 | | <input type="checkbox"/> 平成 | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | |

| | | | |
|-----|---|------|--------------------|
| 介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) | 有効期限 | 年 月 日から 年 月 日まで |
|-----|---|------|--------------------|

| | | | | | | | |
|-------|---|---|---|--------|---------|--------|----------|
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居() | | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所() <input type="checkbox"/> ()包括支援センター | | ケアマネジャー | | |
| | <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他() | | 入院・入所等 | 名称 | | 相談員 | |
| | | | | 入院・入所日 | 年 月 日 | 退院・退所日 | 年 月 日 予定 |
| | | | 入院等に至った理由 | | | | |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【補助具】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【下着】 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 【日中】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ 【夜間】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ | | | | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 他() | | | | | |
| | 特別な医療等 | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 一時的な点滴 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ガン末期 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 他() | | | | | |