

入居希望者の状況	現況 (施設・病院等)	施設又は病院名		入所又は入院時期	年 月 日～	
		相談員等		連絡先	— —	
	現況 (医療の状況)	医療機関名		科	医師名	
		医療機関名		科	医師名	
		医療機関名		科	医師名	
現病名 ()						
病歴 ()						
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある					
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食	トロミ使用	有・無	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ	便秘薬	有・無	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴の頻度(回/週) 浴槽のまたぎ(可・不可)			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	睡眠	良眠・不眠・ベッド・布団	眠剤	有・無
入居希望状況	申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請 (施設名:)				
	申し込みのきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院等の紹介 <input type="checkbox"/> 知人のすすめ <input type="checkbox"/> 施設見学をして <input type="checkbox"/> その他()				
	その他の具体的な状況 (経済的状況、介護サービス利用開始時期・きっかけ、利用していた事業所等、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性、ご本人、ご家族の希望・要望)					
生活歴・家族構成	生まれ、育ち、生年月日、兄弟関係、最終学歴、職歴、結婚・子供の有無、死別時期などの生活歴や趣味、嗜好、特技、性格等どうい生活をしてきたのか、ご本人の人となりや時系列に沿って記入してください(別紙添付可能)					
	家族構成 (申込者ご本人を中心に3世代程度の家族構成)					
	【例】					
個人情報取得・提供の同意	入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合の情報提供、又は迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有および提供することに同意します。 なお、入居申込後に入居希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。					
	入居希望者 氏名				印	
家族等 氏名				印		