

記入日： 年 月 日

○入所希望者ご本人の状況をご記入ください。(記入できる範囲でよろしいです)

【医療の状況】

氏名：

現在の病 気 (現在、治 療中の病 気)	期間等	病名	入院・通院医療機関、通院頻度、手術歴の有無

過去の病 歴 (現在は、 治療をして いない病 気)	期間等	病名	入院・通院医療機関、手術歴の有無

【生活の状況】

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他() 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> その他() 【飲み込み状態】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 不良	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
特記事項		