

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 | | |