

介護老人福祉施設入所申込書

ふりがな 氏名		男 女						保険者													
生年月日		明・大・昭 年 月 日						保険番号													
家族構成								要介護度	1・2・3・4・5・未認定												
家族構成								生活歴（病歴を含む）													
A D L の 状 況		移 動	食 事	排 泄	入 浴	着 替	整 容	ADLの状況 (問題点・困っている事等を記入して下さい)													
	自 立																				
	一 部 介 助																				
	全 介 助																				
	そ の 他																				
	拘 縮	( 無・有 )																			
	麻 痺	( 無・有 )																			
	視 力	( 普・見えにくい )																			
	聴 力	( 普・聞きにくい )																			
	言 語 障 害	( 無・有 )																			
	オムツ使用	( 無・有 昼夜・夜のみ )																			
	褥 瘡	( 無・有 )																			
	移 動	( 歩行・車椅子・その他 )																			
	痴 呆 症 状 ・ 問 題 行 動	理 解 力	( 有・無 )																		
意 思 の 伝 達		( 可・不可 )																			
金 銭 管 理		( 可・不可 )																			
服 薬 管 理		( 可・不可 )																			
物 忘 れ		( 有・無 )																			
被 害 妄 想		( 有・無 )																			
幻 視 ・ 幻 聴		( 有・無 )																			
昼 夜 逆 転		( 有・無 )																			
介 護 へ の 抵 抗		( 有・無 )																			
徘 徊		( 有・無 )																			
火 の 不 始 末	( 有・無 )																				
不 潔 行 為	( 有・無 )																				
								寝たきり度 ( 生活自立・準寝たきり・寝たきり )													
								痴呆症状 (問題点・困っている事等を記入して下さい)													
								痴呆度 (特にない・軽度・中度・重度・非常に重度)													

\*該当する箇所を○で囲み、必要な事項を記入してください。