

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)						寝たきり度 (生活自立・準寝たきり・寝たきり)										
	褥瘡	(無・有)																
	移動	(歩行・車椅子・その他)																
認知 症状 ・ 問題 行動	理解力	(有・無)						認知症症状 (問題点・困っている事等を記入して下さい)										
	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)						(特にない・軽度・中度・重度・非常に重度)										
	徘徊	(有・無)						認知症 日常生活自立度										
火の不始末	(有・無)						自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M											
不潔行為	(有・無)																	

*該当する箇所を○で囲み、必要な事項を記入してください。