正寿園　入所利用申込書（一般･短期）担当相談員：　　令和　年　月　日受付

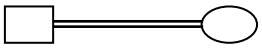
ふりがな 利用者氏名		ＩＤ： 様（明 大 昭）　年　月　日生　歳 性別：（男･女）
住　所 電話番号		〒 TEL（　　）　－
主介護者	住 所	〒
	氏名 電話番号 生年月日	様（続柄：　　/　　）TEL（　　）　－ （大 昭 平）　年　月　日生　　携帯：
緊急時連絡先	住 所	〒
	氏名 電話番号 生年月日	様（続柄：　　/　　）TEL（　　）　－ （大 昭 平）　年　月　日生　　携帯：
請求先		
入所理由		
家族 本人の希望		家族： 本人：
退所後意向		在宅 ・ 住宅型 ・ 介護付き

介護保険　要介護 ___ 有効期限：令和　年　月　日～令和　年　月　日　□更新申請中

負担割合　　割

障害者手帳（有･無）　重度障害者（有･無）　被爆者健康手帳（有･無）

（家族構成）



氏　名	続柄	生年月日	職業etc.

病　状 主病名： かかりつけ医： 緊急時：	入院・既往歴・アレルギーetc. 定期受診（有・無） 内服管理（自立・カレンダー・配薬・手渡し・飲みきり確認・全介助） 点眼（有・無）

本人のＡＤＬ状況etc.　身体・精神レベル評価　（　　・　　）

移動	独歩 ・ 見守り ・ 杖 ・ 伝い歩き ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子　　麻痺 移乗：自立 ・ 見守り ・ 立ち上がり ・ 体幹保持 ・ 方向転換 ・ 全介助
食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 嚥下（良・普・悪）トロミ （　　）食（　　kcal，塩分　g未満，形態:　　） 義歯：　あり・なし・総義歯（上・下）・部分義歯（上・下）・自己管理（可・不可）・食事時以外預かり・夜間預かり 食事量：　　ｱﾚﾙｷﾞｰ：　　好き嫌い：
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 尿便意（有・無・まだら）　　失禁： 日中：布パンツ ・ パッド ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ Pトイレ 夜間：布パンツ ・ パッド ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ Pトイレ 夜間のﾄｲﾚの回数：　回　コール（可・不可・まだら）
入浴	手引き ・ ｼｬﾜｰｷｬﾘｰ　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 衣類管理　可 ・ 介助

睡眠状況：夜間　　日中

視力：　　眼鏡：有・無

聴力：　　補聴器：なし・耳かけ型・耳穴型・自己管理（可・不可）・夜間預かり

中核症状：

BPSD：

HDS-R：　点（平成　年　月　日）　MMSE：　点（平成　年　月　日）

年金：課税 ・ 非課税

身長:　cm　体重:　kg

★特記事項（性格・趣味・出身地・職歴・居宅サービスなど）

居宅：　　ＣＭ：　　介護負担限度額：

洗濯　（汚染時:　）