

氏名							
家族構成		主たる介護者の方々の氏名		続柄	年齢	備考(職業等)	
入所申し込みまでの経緯(入院歴や病歴などもご記入下さい)		 <div style="text-align: right;">・その他()</div>					
視力	普通	・大きい字	・物の輪郭	その他			
聴力	普通	・やや大きい声	・耳元で大きな声	その他			
言語	普通	・聞き取りにくい	・かなり聞き取りにくい	その他			
麻痺	なし	・右麻痺	・左麻痺	その他			
移動	方法	独歩	・歩行器	・シルバーカー	・車椅子	・リクライニングタイプ	
	介助	自立	・見守り	・一部介助	・全介助		
排泄	方法	トイレ	・ポータブルトイレ	・尿器	・リハビリパンツ	・オムツ	・バルーンカテーテル
	介助	自立	・誘導	・見守り	・一部介助	・全介助	
入浴	方法	一般浴	・リフト浴	・特浴			
	介助	自立	・見守り	・一部介助	全介助		
着脱	介助	自立	・見守り	・一部介助	全介助		
食事	主食	常食	・粥	・ミキサー	・経管栄養(胃瘻等)		
	副食	常菜	・一口大	・きざみ	・ミキサー		
	方法	箸	・スプーン	・フォーク	・自助具		
疎通認知	疎通認知症	普通	・簡単な事柄のみ		・不可能		
		無し	・軽度	・中度	・重度		
夜間	睡眠	良眠	・不眠	ベッドからの起き出し 有 ・ 無			
特記事項 (特に認知症状、特別な医療処置など具体的にご記入下さい)		 					
お薬(飲み薬、塗り薬など)		 					