

介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 単独外出・行方不明 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 認知症以外に病気がある （具体的に _____）

ご本人の状況

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ベッド動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食事内容 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
清潔	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視覚	視覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴覚	聴覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない	
	相談できるケアマネは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">ケアマネージャーの氏名 (_____)</td> <td style="width:50%">事業所名 電 話</td> </tr> </table>	ケアマネージャーの氏名 (_____)
ケアマネージャーの氏名 (_____)	事業所名 電 話	
現在使っている介護サービス (該当するものすべてにチェック)	施設系 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス	
	在宅系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
通院・治療について		
その他 備考		

この利用申込書兼調査書の内容は、申込審査・入居決定後の対応以外には使用致しません。