



入所希望者の状況	病名		
	主治医		
	移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない ( 手段： ) 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 ) 排泄： トイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) オムツ ( <input type="checkbox"/> 常時 ・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) 意思疎通： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 認知症： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 問題行動 ( 複数回答可 ) <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 感情障害 ( 抑うつ、興奮等 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
居宅支援事業所名 ( 電話番号 )	担当ケアマネージャー		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望 <input type="checkbox"/> 今はないが将来的に希望		

申込者 ( 連絡先 )

住所	( 〒      -      )		
フリガナ		本人との続柄	電話番号
氏名			

※個人情報の利用の同意について

ご記入いただきました個人情報に関し、施設サービスをご提供させていただく場合に利用いたします。

又、他の事業所との連携及び情報提供、照会への回答を求める際に利用させていただきます。

個人情報の使用に関し同意します。

個人情報の使用に関し同意しません。

( 同意者氏名 ) \_\_\_\_\_ 印

( 本人との続柄 ) ( )