

移動	自分でできる ・ 介助が必要 (介助内容:) 移動用具: 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ()			
排泄	自分でできる ・ 介助が必要 (介助内容:) 排泄用具: トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 紙パンツ ・ 尿取りパッド ・ 紙オムツ			
入浴	自分で入れる ・ 介助が必要 (介助内容:)			
更衣	自分でできる ・ 介助が必要 (介助内容:)			
意思疎通	普通 やや困難 () 困難 ()			
認知症	□無 □軽度 □中度 □重度 (症状:)			
服薬管理	自分でできる ・ 介助が必要 (介助内容:) 服薬内容 ()			
かかりつけ 医療機関	医療機関名:	既往歴:		
	主治医:	感染症: 無 有 ()		
医療行為	1. 経管栄養 2. 気管切開 3. 持続点滴 4. 人工肛門 5. 人工透析 6. 床ずれ 7. 悪性腫瘍(がん) 8. 糖尿病(食事療法 インスリン療法) 9. たんの吸引 10. 在宅酸素 11. 中心静脈栄養 12. 留置カテーテル 13. 認知症 14. 心臓ペースメーカー 15. 特定疾患および特定疾病 16. 褥瘡(部位:) 17. その他()			
申込み状況	□当施設のみ申し込む □他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () () ()			
契約者 (緊急連絡先)	契約者	□入居者と同じ □入居者と違う		
	フリガナ	性別	男 ・ 女	
	氏名	続柄		
		生年月日	大・昭・平	年 月 日(歳)
	同居の区分	□同居している □別居している 住所 〒 TEL - - 携帯Tel - -		
	勤務先	勤務先名	TEL - -	
	介護している方	氏名	続柄	生年月日 職業
連帯保証人 (緊急連絡先)	連帯保証人	□契約者と同じ □契約者と違う		
	フリガナ	性別	男 ・ 女	
	氏名	続柄		
		生年月日	大・昭・平	年 月 日(歳)
	同居の区分	□同居している □別居している 住所 〒 TEL - - 携帯Tel - -		
勤務先	勤務先名	TEL - -		