

入居相談申込シート

申込日：H 年 月 日

しめい 氏名				性別	□男 □女
	様				
生年月日	□M □T □S	年 月 日生	年齢	歳	
現居住先	□在宅	住 所			
		連絡先	() -		
	□入院	病院名			
		MSW			
	連絡先	() -			

要介護度	□要支援 1	□要支援 2	□要介護 1	□要介護 2	□要介護 3	□要介護 4	□要介護 5	□申請中
介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
身体手帳	□有 □無	等級	級	障害名等				

既往歴								
現病歴								
感染症	□MRSA □HIV □肝(ABC) □疥癬 □性病 □水虫 □結核 □その他()							
感染症検査日								
服薬状況								
服薬管理	□できる □できない	金銭管理		□できる □できない				

年金	□有 □無	種類	□国民 □厚生 □その他()				
生活保護 受給中の方	福祉事務所		福祉事務所				
	担当 CW/連絡先	CW	/電話：() -				
入居希施設							

備考 (キーパーソンや ケアマネ情報等)							

紹介者	氏名						
	連絡先	() -					

※ADL チェック表を添付してください。

ADL チェック表

作成日：H 年 月 日

氏名		フリガナ	男・女	生年月日(M・T・S 年 月 日 歳)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥			
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト			
		その他	<input type="checkbox"/> 経管栄養			
		食器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ()			
		制限・禁食	理由	<input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 好き嫌い <input type="checkbox"/> その他 ()		
		歯				
		嚥下	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	咀嚼	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> リハパン			
		尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		下剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	浣腸使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		
麻痺等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他					
寝返り	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
起き上がり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
座位保持	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 手で支えれば出来る <input type="checkbox"/> 支えてもらえば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
立位保持	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 支えがあれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
歩行	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 自走： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴					
衣服着脱	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠		眠剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
言語	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		不潔行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護抵抗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		暴力行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
特記事項						