

・今までにかかった病気

<input type="checkbox"/> 脳・神経疾患 ( )	<input type="checkbox"/> 心疾患 ( )
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 ( )	<input type="checkbox"/> 腎疾患 ( )
<input type="checkbox"/> 高血圧 ( )	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( )
<input type="checkbox"/> 骨折 (部位 )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

・身体の状況

食事	<input type="checkbox"/> 1人で食べられる	<input type="checkbox"/> 1部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要
食事形態	主食： 副食： 医師の指示 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓食	<input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> その他
排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要
	オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ
	パットの使用 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ
入浴	<input type="checkbox"/> 1人で入れる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要
更衣	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要
移動	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要
	歩行 <input type="checkbox"/> 1人で歩ける	<input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 大きな声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない	

・医療処置 (該当するものを全部選んでください)

<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門)	<input type="checkbox"/> 経管栄養
<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> その他	

・精神の状況

意思疎通	<input type="checkbox"/> 十分通じる	<input type="checkbox"/> ある程度わかる	<input type="checkbox"/> ほとんど通じない
理解力	<input type="checkbox"/> 十分分かる	<input type="checkbox"/> ある程度わかる	<input type="checkbox"/> ほとんどわからない
自立意欲	<input type="checkbox"/> 十分ある	<input type="checkbox"/> ある程度ある	<input type="checkbox"/> ほとんどない
記憶力	日常生活に支障：	<input type="checkbox"/> ある ( )	<input type="checkbox"/> ない ( )
睡眠	日常生活に支障：	<input type="checkbox"/> ある ( )	<input type="checkbox"/> ない ( )
認知症の 周辺症状	日常生活に支障： <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望

この申し込みの有効期限は半年とさせていただきます。(平成 年 月 日まで)

継続ご希望の場合はご連絡ください。

他施設への入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は当ホームまでこれららくください。