

体験入居申込書

希望日時	入居日 平成 年 月 日 () 時 分頃 ~
	退居日 平成 年 月 日 () 時 分頃

ふりがな		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日 () 歳
入居者氏名						

住 所		電話	
-----	--	----	--

介護認定	自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 申請中
------	------------------------------------

かかりつけ 医療機関	① ()病院()科 ()先生
	② ()病院()科 ()先生

既往歴	病名	発症時期	病院名	現在治療の有無
	①	年 月頃		治療中・済
	②	年 月頃		治療中・済
	③	年 月頃		治療中・済
	④	年 月頃		治療中・済
	⑤	年 月頃		治療中・済

心身の状況	移 動	自立 半介助 介助	独歩 車椅子 杖 歩行器等 ()
	食 事	自立 半介助 介助	ごはん おかゆ 一口大 きざみ / 禁食 ()
			箸 スプーン
			歯 (自歯・部分入れ歯・総入れ歯) 歯磨き (自立・介助)
	入 浴	自立 半介助 介助	一般浴槽 特殊浴槽 ()
	排 泄	自立 半介助 介助	トイレ ポータブルトイレ おむつ パット 履くタイプのオムツ 尿器 尿意 (有 無) ナースコール(押せる 押せない)
	更 衣	自立 半介助 介助	
	認知症	なし 歳相応 あり	症状:
	視 力	良 普通 不良	眼鏡 (有 無)
聴 力	良 普通 不良	補聴器 (有 無)	
言 語	良 普通 不良		

施設側に知ってもらいたいこと	
----------------	--

家族情報	氏名 ① 続柄() ② 続柄()
	住所
	電話
ケアマネ	事業所名: 電話: 担当者名: