

世帯等状況	主たる同居者又は近親者	氏名	年齢	続柄	連絡先等 (住所・電話番号)					
本人の収入		年金	年額		円	その他の収入	年額	円		
身体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自 立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
		主 食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 全 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()				
		副 食	<input type="checkbox"/> 常 食	<input type="checkbox"/> 刻 み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全部介助		
		オムツの使用		<input type="checkbox"/> な し		<input type="checkbox"/> 常 時		<input type="checkbox"/> 夜のみ		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自 立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助		
		歩 行	<input type="checkbox"/> つかまり歩き		<input type="checkbox"/> 杖 使 用		<input type="checkbox"/> 車 椅 子		<input type="checkbox"/> 寝たきり	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> やや悪い			<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> やや悪い			<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる		
	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通			<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい			<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
身体障害者手帳		等級		障害名						
認 知 ・ 精 神 の 状 況	<input type="checkbox"/>	特に問題はない								
	<input type="checkbox"/>	何らかの認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障のある症状が時々見られ、介護を必要とする								
	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障のある症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする								
	<input type="checkbox"/>	著しい精神症状や異常な行動が見られ、専門医療を必要とする								
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください									
生 活 歴										

同 意 欄	<ul style="list-style-type: none"> 今後、保険者（市町村及び広域事務組合）の調査があった場合、入所希望者の氏名、生年月日、住所（居所）等について報告することに同意します。 待機中に本人の状況（介護度、他施設入所・入院等）に変更が生じた場合、貴施設に速やかに連絡します。
	平成 年 月 日 氏 名 : _____

他の申込（予定を含む）特養【 _____ 】