

健康状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 感染症（MRSA・緑膿菌・他）							
	現在治療中の病気・病名	入院・通院医療機関名	期	間				
	既往歴・病名	入院・通院医療機関名	期	間				
日常生活動作等	麻痺拘縮	無／有	左上肢 肩関節	右上肢 肘関節	左下肢 股関節	右下肢 膝関節	その他 足関節	その他
	起き上がり	自立・一部介助・全介助			尿意	無・時々有・有		
	座位保持	自立・一部介助・全介助			便意	無・時々有・有		
	移乗	自立・一部介助・全介助			排泄	自立（トイレ・ポータブルトイレ） 一部介助（トイレ・ポータブルトイレ） 全介助（トイレ・ポータブルトイレ） おむつ（昼夜） 失禁（無・有）		
	移動	自立・一部介助・全介助						
	食事	自立・一部介助・全介助						
	嚥下	できる・見守り・できない						
	入浴	自立・一部介助・全介助						
着脱	自立・一部介助・全介助							
心身の状況	視力	普通・見えにくい（両方）・全盲			義歯	無・一部・全部		
	聴力	普通・聞こえにくい（両方）・難聴			褥瘡	無・有		
	伝達能力	できる・時々できる・ほとんど不可			問題行動	無・有 （徘徊・不潔・不眠・暴れる等）		
	理解力	できる・時々できる・ほとんど不可						
備考								
担当介護支援専門員	事業所名		電話番号					
	氏名							

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みに際し、申し込みから契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族等）に関する情報を、市担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p>								
	平成	年	月	日					
					本人氏名	Ⓜ			
					署名代行者氏名	Ⓜ			