

※太枠内は基本必須

【状況・経緯】

入居者様ご本人	姓	名	年齢・性別	介護度	年金額	介護保険自己負担割合
			才男・女	要支援 要介護		割
医療行為	1.なし 2.あり ()					
認知症	1.なし 2.年相応 3.あり(診断有リか) (レビー小体型 アルツハイマー型 脳血管性 不明)					
ご入居検討の経緯						
ご住所				連絡先		
備考						

【ADL（日常生活動作）】

みる	1.可能	2.不可能	3.不明		
話す	1.可能	2.不可能	3.不明		
聞く	1.可能	2.不可能	3.不明		
体位(座位・交換)	1.自立	2.不可能	3.介助		
着替え	1.自立	2.不可能	3.介助		
排泄	1.自立	2.一部介助	3.全介助	(おむつ ポータブルトイレ リハビリパンツ)	4.不明
移動	1.自立	2.一部介助	3.全介助	(シルバーカー 車いす 歩行器 杖)	4.不明
食事	1.自立	2.一部介助	3.全介助	(軟食 おかゆ ペースト)	4.不明
入浴	1.自立	2.一部介助	3.全介助	(個浴 機械浴)	4.不明
備考					

【ご希望】

月額総額予算	万円	入居一時金	万円	希望エリア	
備考					

【KP（ご家族窓口）様】

キーパーソン様	姓	名	続柄	主な移動交通手段	最寄り駅
				車・電車・その他 ()	駅
ご住所				連絡先(携帯)	
資料提供方法	メール・郵送・FAX・ご訪問ご訪問		電話・FAX・アドレス等		
備考					

【かかりつけ病院・主治医など】

病院・施設名			TEL/FAX		
ご入院理由・既往歴					
リハビリ	1.なし 2.実施中 3.未定 4.実施予定内容()			病院担当者名	