



介護者等	主たる	フリガナ		続柄等		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
		氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日( 歳)		
	介護者	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 (住所 〒 _____ 電話 _____) <input type="checkbox"/> 別居 → _____				
家族の状況	主たる	◆ 下記の項目で該当するものの□印にチェックして下さい。(複数回答も可) <input type="checkbox"/> 入所を希望される方には、身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または2人以上( )の介護に当たっている。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が働いている。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにも当てはまらない。					
	介護者の状況	◆ 介護をしている上で、特に困っている事があれば記入して下さい。 ----- ----- -----					
入所希望者の状況	認知症及び	◆ 下記の項目でいずれか一つ該当するものの□印にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症状はありますが、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みられるが、誰かが注意すれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門的治療を必要とする。					
	精神の状況	◆ その他、記載すべきことがあれば、ご記入下さい。 ----- ----- -----					
親族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所・電話		

入所相談受付票

記入日 平成 年 月 日

視力障害	右：無・有	左：無・有	聴力障害	右：無・有	左：無・有
	眼鏡使用：無・有			補聴器使用：無・有	
麻痺	無・有（部位）		拘縮	無・有（部位）	
言語	通じる・何とか通じる・話せるが理解出来ない・理解出来るが話せない・通じない				
食事	摂取動作：自立・一部介助・全介助				
	主食：常食・粥・ミキサー		副食：常食・刻み・ミキサー		
	用具：箸・スプーン・フォーク・その他（ ）				
	義歯：自歯・上下・上のみ・下のみ・その他（ ）				
	食事制限：無・糖尿食（ kcal）・減塩食（ g）・その他（ ）				
	嚥下：良・悪（トロミアップ等の使用：無・有）				
好き嫌い・アレルギー等により摂取出来ない食品：無・有（ ）					
排泄	排尿：自立・一部介助・全介助		排便：自立・一部介助・全介助		
	尿便意：有・無・時々		失禁：無・有・時々		
	日中の排泄場所・用具： トイレ（誘導 要・不要）・ポータブル・オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ				
	夜間の排泄場所・用具： トイレ（誘導 要・不要）・ポータブル・オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ				
入浴	入浴動作：自立・一部介助・全介助		着脱：自立・一部介助・全介助		
	入浴形態：一般浴・チェア浴・ストレッチャー浴				
移動	移動動作：自立・一部介助・全介助		補助具：無・有（ ）		
	移動方法：歩行・杖・歩行器・車椅子				
認知症	認知症の有無：無・軽度・中度・重度		精神障害：無・有（ ）		
	問題行動： ..... .....				
現在の居場所	在宅・老健・病院・その他（ ） 施設・病院利用の場合その名称：				
既往歴	年月日	年齢	病名		
	.....	.....	.....		
	.....	.....	.....		
入所希望理由	.....				
施設に対する意向	.....				
親族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所（TEL）
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
備考	..... .....				

- ※1 介護保険被保険者証のコピー、在宅サービスの利用提供票のコピーを添付し提出して下さい。
- ※2 在宅サービスの利用頻度で施設入所中の方、病院入院中の方は、入所、入院前の利用状況を記入して下さい。
- ※3 必要性がなくなった場合には、ご連絡を下さい。
- ※4 申し込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡を下さい。

