

# 相談者情報

令和 年 月 日

## 1 入居候補者

フリガナ				介護保険証									
氏名				保険者									
				番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	要介護度	支1	支2	1	2	3	4	5
性別	男・女	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
現住所	〒												
電話番号	— —			携帯番号	— —								

## 2 入居相談者

フリガナ			続柄			
氏名						
住所	〒					
電話番号	— —			携帯番号	— —	

## 3 現在の利用施設等

施設名						
電話番号	— —			FAX番号	— —	
担当者等						

## 4 入居希望の理由(具体的にお願いします)


**5 お体の状態** ※各項目の該当する所へ○を付けて下さい。

① 日常生活動作状況

身体障害者手帳	なし	あり	( 級 )
歩行について	自立	一部介助	全部介助
食事について	自立	一部介助	全部介助
入浴について	自立	一部介助	全部介助
排泄について	自立	一部介助	全部介助
おむつ使用について	なし	あり	
衣類の着脱について	自立	一部介助	全部介助

② 精神状況

精神障害者保健福祉手帳	なし	あり	( 級 )
認知症状について	なし	あり	
問題行動について	なし	徘徊	暴力 放尿 異食 その他( )

③ 身体状況

視力について	支障なし	多少不自由であるが生活に支障なし	生活に支障あり
聴力について	支障なし	多少不自由であるが生活に支障なし	生活に支障あり
会話について	理解できる	多少理解できる	理解できない
言語について	明瞭	多少不明瞭	不明瞭

④ 健康状況

現在の疾患について	なし	あり	( )
医療の状況について	なし	あり	経管栄養 ・ 胃ろう ・ Baカテーテル ・ 人工膀胱 人工肛門 ・ インシュリン ・ 在宅酸素 その他( )
感染症について	なし	あり	( )
嚥下状態について	問題なし	むせる	つまる
入れ歯について	なし	あり	( 上 下 部分 )

⑤ その他(何かお困りの事がありましたらお書き下さい。)

--