

(様式2) 現在の状況

● 有料老人ホーム/ケアハウス のお申し込みの場合、ご記入ください							
収入の概算状況	年金	約	円	その他収入	約	円	
	合計収入			年額	約	円	
● 特別養護老人ホーム のお申し込みの場合、負担限度額認定証をお持ちの方はご記入ください							
負担限度額の金額	居住費	約	円	食費	約	円	
健康状況	歩行	自立	杖または歩行器等使用		つかまり歩行		
		介助歩行	車椅子使用		座位を保てない		
	備考 ( )						
	排泄	自立	一部介助	全介助			
		おむつ使用	◀ 無	・ 有	(	・ 夜間のみ	・ 常時 ) ▶
	備考 ( )						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
		備考 ( )					
	入浴	自立	一部介助		全介助		
		備考 ( )					
	着脱衣	自立	一部介助		全介助		
		備考 ( )					
洗面	自立	一部介助		全介助			
	備考 ( )						
視力	普通	見えにくい		見えない			
	備考 ( )						
聴力	普通	聞こえにくい		聞こえない			
	備考 ( )						
言葉	普通	やや不自由		不自由			
	備考 ( )						
意思疎通	できる	やや難しい		難しい			
	備考 ( )						
認知症状	徘徊行動	暴言・暴力行為		不潔行為			
	不眠・昼夜逆転	自傷行為		被害妄想・せん妄			
	その他 ( )						
備考 ( )							
医療の状況	現病名						
	既往歴						
	主治医	医療機関	主治医				
状況	担当ケアマネジャー	事業所名 ( ) 担当者名 ( )					
	連絡方法優先順位	( ) に優先順位を記入し、連絡先をお選びください。 ( ) 電話 (本人・申込者) ( ) E-mail (本人・申込者)					