

フリガナ 名前	性別		生年月日		年 月 日 (歳)	
住所	要介護度		負担割合		割	負担段階
心身等 の 状 況	身長	cm	体重	kg	BMI	6ヶ月間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな文字程度		<input type="checkbox"/> 物の輪郭程度 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡 ()		
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな声程度		<input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 補聴器 ()		
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ほぼ聞き取れる		<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 失語 ()		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 何とか通じる		<input type="checkbox"/> 通じない 意思表示(非言語) <input type="checkbox"/> できる(頷く・瞬き等) <input type="checkbox"/> できない		
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> たまに忘れる		<input type="checkbox"/> 忘れることが多い <input type="checkbox"/> ほぼ憶えていない ()		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 欠損 ()			
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	失見当識	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	徘徊等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	不潔行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	情緒不安	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	幻視・幻覚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	暴言・暴力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	()			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的) (級)				
食 事	形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 一口大おにぎり ()				
	形態(副食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 小さめ一口大 <input type="checkbox"/> 刻み+あんかけ <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 ()				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (kcal)				
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 誤嚥の危険あり <input type="checkbox"/> トロミ ()				
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 半量未満 ()				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		服薬状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	好きな物	() 嫌いな物 ()				
	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット				
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット				
	尿便意・失禁	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし	失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし		
入 浴	尿・便間隔	排尿 回数程度/日 <input type="checkbox"/> パルンカテテル <input type="checkbox"/> 導尿 ()				
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日 <input type="checkbox"/> 4~7日 ()				
移 動 ・ 移 乗	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ハーバード浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 ()				
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
そ の 他	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 自駆動)				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 ()				
特 記 事 項	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない ()				
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない ()				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 ()				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 義歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 自歯 上 本 下 本	
特 記 事 項						病歴
						既往歴
						内服
						外用薬
記入者名	入所申込者との関係					