

入居相談受付票

年 月 日

ふりがな				男・女	生年月日	明 大 昭	年	月	日	歳	
入居希望者氏名											
連絡先	-	-	要介護状態		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
ご本人様住所	〒										
負担割合証	1 2 3 (割)			負担限度額認定証	1 2 3 4 (段階)				家族構成図		
負担限度額認定証を【持っている・持っていない】(お持ちの場合、写しを添付していただくと助かります)											
入居希望時期	年 月 ころ			居宅介護支援事業所名			担当ケアマネージャー				
ご家族氏名				続柄			ご家族様連絡先				
ご家族住所	〒										
書類郵送先	〒										
相談経緯											

既往歴・ご希望・不適應行動

既往歴 現病			第一希望	従来型・ユニット型	第二希望	従来型・ユニット型
希望や1日の過ごし方						
認知症等による不適應行動	なし 少しあり やや多い 非常に多い					
	徘徊・暴言・不潔行為・拒否・感情不安定・異食・幻聴幻覚・抑うつ その他()					

身体状況及び日常動作の状況等 ※わかる範囲でご記入いただければ結構です

	現状	用具・状態等	備考
視力	普通・やや悪い・悪い	眼鏡・その他	
聴力	普通・やや悪い・悪い	補聴器・その他	
言語	明瞭・不明瞭		
意思疎通	普通・不明瞭		
移動	自立・介助	つえ・歩行器・車いす・その他	
入浴	自立・介助	一般浴・機械浴	
整容	自立・介助	意欲あり・意欲なし	
食事	自立・介助	普通食・きざみ食・ペースト食・流動食	
義歯	あり・なし		
排せつ	自立・介助	おむつ・リハビリ・パッド	
麻痺	あり・なし	右・左 / 手・足	
医療	バルーンカテーテル 在宅酸素 胃ろう インスリン ストマ ペースメーカー たん吸引		
備考			