

本人の状況	身体の状況	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			歩行: <input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
		視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	認知症・精神の症状		認知症高齢者の日常生活自立度			
			<input type="checkbox"/> 認知症なし	<input type="checkbox"/> ランクⅠ	<input type="checkbox"/> ランクⅡ	<input type="checkbox"/> ランクⅡa <input type="checkbox"/> ランクⅡb
			<input type="checkbox"/> ランクⅢ	<input type="checkbox"/> ランクⅢa	<input type="checkbox"/> ランクⅢb	<input type="checkbox"/> ランクⅣ <input type="checkbox"/> ランクⅤ
	認知症の診断名		<input type="checkbox"/> 脳血管性	<input type="checkbox"/> アルツハイマー	<input type="checkbox"/> その他【 】	
行動障害		<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> うつ状態	
		<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
		<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他 【 】		
医療的処置		<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法(人工呼吸器等) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> 点滴が必要 <input type="checkbox"/> 透析が必要 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)の処置が必要 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の入居意向		<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせしていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他()				
入居を希望する理由		<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()				
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	別居の場合
						住所 電話番号
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
身元引受人 (保証人) 氏名		続柄	住所		電話番号	