



ご親族	氏名	続柄	年齢	面会の可否	連絡先（携帯電話）
利用料金ご負担	<input type="checkbox"/> ご本人様・ <input type="checkbox"/> ご本人様以外の場合 氏名 続柄 収入源について教えてください <input type="checkbox"/> 年金だけで負担出来る <input type="checkbox"/> 収入がある <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 骨折 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気 ( ) かかりつけの医療機関名： <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> その他				
入所者様の状態	日常生活について教えてください ※丸で囲って下さい 移動＝歩行・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車いす（自走・要介助） 食事＝自立・見守り・一部介助・全介助 食事形態＝普通食・キザミ食・ミキサー食・特別食 ( ) 入浴＝自立・見守り・一部介助・全介助 更衣＝自立・見守り・一部介助・全介助 排泄＝自立・見守り・一部介助・全介助 意思疎通＝正常・やや困難・非常に困難 聴力＝普通・やや聞こえにくい（右・左）・かなり聞こえにくい（右・左）・聞こえない 視力＝普通・やや見えにくい（右・左）・かなり見えにくい（右・左）・見えない				
	認知症について教えてください※グループホームは認知症の方のみ入居可 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（一人歩き・無気力・暴言・暴力）頻度（毎日・週1・週3・月数回） その他				
	身長            c m    体重            K g				
薬品アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )				
食品アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )				
※趣味・嗜好品（お酒・煙草など）その他伝えておきたいことがあれば記入してください。					

※入所が決まらなかった場合には個人情報保護の為適正に破棄させていただきます。