

# 基本情報① 裏面もあります

記入日 令和 年 月 日

基本項目	入居希望者	ふりがな 氏名	様	生年月日	( 歳 )
	現住所	〒			
	TEL			FAX	
	事業所住所	〒			
	事業所名			TEL	
	ケアマネージャー			FAX	
	介護認定	要介護 認定期間	要支援 ( 1・2 )		要介護 ( 1・2・3・4・5 )
相談者	ふりがな		続柄	〒	
	氏名		様	住所	TEL
	連絡先(緊急時)	①		続柄	TEL
		②			携帯
					続柄
				携帯	
家族の状況	家族構成 ○=女、□=男 ◎回=本人 ●■=死亡 ( ) =同居				居室の配置図
社会的活動状況	対人関係(本人) 主介護者の状況等 その他の家族の状況				
	生活歴 生活習慣等	・出身地 ・職業歴 ・趣味 (過去も含む) ・その他			
詳細情報の確認の為、関係者(在宅の方はケアマネージャー、施設入所者の方は施設職員)へご連絡し情報をご確認させて頂きたいと考えております。個人情報保護の観点から関係者から頂いた情報は、入居希望者情報作成のみの目的として使用しますのでご安心下さい。詳細情報確認の為、関係者への連絡確認を当施設職員が行う事にご同意頂けるご家族・ご本人様はお手数ですが、署名・捺印をお願い致します。  [申請者又は申請者ご家族] 入居希望者情報作成等のために、現在の入居施設又は在宅のケアマネージャーなどが保有する個人情報を提供することに同意します。  令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 代筆者 _____					

## 基本情報②

VI 身体 状況	現病名			緊急時 外部 希望 病院	病院名		
	既往歴				TEL		
	感染症	無 ・ 有		病院名			
	アレルギー	無 ・ 有		TEL			
	一般状態	熱	血圧	脈			
	処方薬	薬名	朝 昼 夕 就	薬名	朝 昼 夕 就		
	看護処置					便秘対応	
	食事内容	主食：常食・軟飯・粥・ミキサー・その他( )			療養食		
		副食：常食・一口大・キザミ・超刻み・ミキサー			その他		
		禁止食品 無 ・ 有 (種類: ) 水分ロミ使用					
	食事	自立・一部介助・全介助(エプロン 要・不要)			義歯		
	排泄	自立・声かけ・定時誘導・一部介助・全介助					
		リハパン・パット・オムツ・尿器・PTイレ・トイレ					
	入浴 (洗身・洗髪)	一般浴(自立・見守り・手引き)・リフト・中間浴・特浴					
		自立・声かけ・一部介助・全介助					
	更衣	自立・一部介助・全介助					
	歩行	自立・杖歩行・手引き歩行・歩行器 車椅子(スタンダード・リクライニング・チルト)					
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助・L字バー					
	睡眠	良眠・不眠(眠剤：有・無)					
	投薬	自己管理・手渡し介助・服薬介助					
意思疎通	可能・曖昧・不可能						
認知症	無・有	問題行動	徘徊・異食・脱衣・不潔行為・外出・暴言・暴力・作話				
介護減額証	無・有		被害妄想・その他( )				
医療減額証	無・有	聴力		視力			