

ナーシングピア加西（短期入所事業）
入所申込書 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	S・H	年月日(歳)	
氏名		電話番号			
住所	〒				
受給者番号		障害支援区分	1. 2. 3. 4. 5. 6	性別	
障害名				男女	
身障手帳番号				種 級	
療育手帳				判定	
本人の収入	有 ・ 無				
生活歴(障害に至った経緯等):					
本人の希望:					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・電動車椅子・ストレッチャー			
		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主)普通・粥・ミキサー・(箸・スプーン) 副)普通・きざみ・ミキサー・その他			
		介助	自立・一部介助・全介助		
		自助具	無・有()		
		嗜好	好物()嫌いな物()		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・オムツ			
		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	一般浴・シャワー浴・シャンプー・特浴・清拭			
		介助	自立・一部介助・全介助		
	着脱	上着・下着(シャツ等)			
		介助	自立・一部介助・全介助		
		ズボン等・下着(パンツ等)			
	洗顔	洗面台・洗顔タオル・その他()			
		介助	自立・一部介助・全介助		
	整容	髭剃り・顔剃り	無・有		
自立・一部介助・全介助					
整髪		無・有			
		自立・一部介助・全介助			
化粧	無・有				
	自立・一部介助・全介助				
口腔	歯磨き・うがい・義歯洗浄(部分・上・下・両方)				
	介助	自立・一部介助・全介助			

身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない		
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		
	発語	普通・やや不自由・不自由		
	意思疎通	可能・やや可能・不可能		
	麻痺	無・有()		
	拘縮	無・有()		
	褥瘡	無・有()		
	身長	cm		
	体重	kg		
 麻痺部分  縮部分○で印を付けて下さい。				
健康状態	現疾患			
	既往歴			
	かかりつけ医		電話番号	
	医療の状況	カテーテル・人工肛門・インシュリン・住宅酸素・その他()		
	感染症	無・有()	嚥下	異常なし・むせる・つめる
	皮膚刺激	普通・弱い(湿疹:無・有)	アレルギー	無・有()
	便秘	無・有(服薬:無・有)	睡眠	良・不良(服薬:無・有)
	投薬	無・有()		
受診頻度	週 回 ・ 月 回 ・ 年 回			
精神の状況	性格	朗らか・親しみやすい・几帳面・こり性・自分のことを気にしやすい 人にとけこめない・好き嫌が多い・わがまま・頑固・短気・無口 情緒不安定・融通がきかない・その他()		
	対人関係	協調的である・普通・拒否的である・その他()		
	趣味			
家族の状況	氏名	続柄	年齢	住所
緊急連絡先 1			緊急連絡先 2	
介護の状況	主たる介護者			
	就労状況等	就業中・共働き・その他()		
	介護期間	年 月頃	から	その他介護者 無・有 名
	介護でお困りなこと:			
	介護上での注意点(家族からの希望等):			
入所申込記載者名: 本人との関係				