（別　紙　②）

入所希望者の状況（その2）

入所希望者名	

※　下記の事項をご記入ください。また、該当するものにレ印、また生活歴をご記入ください。

身体・日常生活動作の状況	視　力	□ 普通　□ やや悪い　□ 人や物の動きが分かる　□ 全く見えない （　※ 眼　鏡　□ 使用しない　□ 使用する　）
	聴　力	□ 普通　□ 大声なら聞こえる　□ 耳元で大声なら聞こえる　□ 全く聞こえない （　※ 補聴器　□ 使用しない　□ 使用する　）
	言　語	□ 普通　□ 聞き取りにくい　□ 聞き取れない　□ 全く話せない
	歩　行	□ 自立　□ 杖・手摺等を使用　□ 要介助　□ 這う　□ 全介助 （　※ 補助具　□ 杖　□ 歩行器　□ 車椅子 ）
	食　事	□ 自立　□ スプーン等を使用し自立　□ 一部介助　□ 全介助 （　※ 義　歯　□ なし　□ 全部　□ 一部　）
	排　泄	□ 自立　□ トイレまで介助　□ 自立でポータブル　□ 全介助 （　※ オムツ等　□ オムツ　□ リハパン　□ 尿取りパット　）
	入　浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	更　衣	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	記憶・見当識の障害	※ 該当する箇所に〇印をしてください ① 名 前（可・不可）　② 生年月日　（可・不可）　③ 年 齢（可・不可） ④ 現住所（可・不可）　⑤ 家族の名前　（可・不可）　⑥ 曜 日（可・不可）
生 活 歴		※ 記載内容（出生地・兄弟関係・学歴・職歴・結婚・子・居住地等現在に至るまでの経過　）
その他状況	健康保険	□ 後期高齢者　□ 国民健康保険　□ 社会保険
	身体障害	□ なし　□ あり　（　級・　種類　）
	生活保護	□ なし　□ あり
	受給年金	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 共済年金　□ 恩給　□ なし 月額支給額　約　円
	成年後見人	□ なし　□ あり　（ □ 後見　□ 補佐　□ 補助　□ 任意後見）