## 入居申込者様状況申告書 (現在の状態をお知らせ下さい。)

お客様氏名	記入者
要介護度	(未申請) 自立 要支援( ) 要介護( )
	アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他( )
認知症	物忘れ・場所が分からない・時間が分からない・昼夜逆転・興奮・幻覚
前公大11 <u>71上</u>	妄想(物取られ・被害)・暴言・暴力・徘徊 その他の症状( )
	お困りのこと ( )
身長・体重	身長 cm(測定日 年 月)/体重 kg(測定日 年 月)
健康状態	良好 大病は無いが体は弱い 病気がちである
聴力	正常範囲 大きな声で聞こえる 失聴(補聴器 有 ・ 無)
視力	正常範囲 低下(右・左・両方) 失明(メガネ 有・無)
睡眠	良眠 浅い眠り 不眠症 睡眠薬あり
排泄	自立 一部介助 全面介助 (オムツ・ポータブルトイレ・紙パンツ)
	お困りのこと(
入 浴	自立 一部介助 (全面介助
歩 行	自立 一部介助 全面介助 車椅子使用(その他 )
着脱衣	自立 一部介助 (全面介助
起立	自立 一部介助 全面介助 手すりなどを利用している
食介助	自立 一部介助 全面介助(部分入歯・総入歯) 自助具( )
事 種 類	主食( 副食(常食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ 流動食)
アレルギー	なし あり(食べ物 薬 他 )
意思表示	正常範囲基本的欲求のみ困難
話の理解	正常範囲まれに理解困難
運動障害	なし 軽度麻痺(部位 ) 片麻痺(部位 ) 完全麻痺
精神機能	正常範囲意欲の低下(
	湿疹の有無 (有・無) 有の場合(部位)
皮膚所見	皮膚のかゆみ (有・無) 有の場合(部位)
	褥瘡(床ずれ)の有無 (有・無) 有の場合(部位)
常備薬・内服薬	
	l れていた物や事柄
今までに入りにさ	40 ( ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
I= 1 ) 1/2/21   I= ::1	
好きな活動・趣味	
みどりの郷あすか	のご入居にあたって、ご要望があればご記入ください。

※個人情報は入居判定の際に使用する為のもので、他では一切使用いたしません。

拠点名 住 所 連絡先



## 介護付有料老人ホーム みどりの郷あすか

〒355-0008 埼玉県東松山市大谷1538-1 TEL: 0120-280-622 FAX: 0493-81-6777