

〈状況調査票〉

申込日 平成 年 月 日

変更申請日 平成 年 月 日

入居希望者氏名

現在治療中の病気

病名	病院名(主治医)

既往歴(手術経験等についても記入してください)

病名	時期

日常生活の状況

状況	自分で可能	見守り必要	一部介助	全介助	聴力	普通	聞こえづらい	聞こえない	身長	cm
歩行					視力	普通	見えづらい	見えない	体重	kg
車いすへの移乗					会話	普通 簡単な会話なら可 同じことを繰り返す 会話はなりたたない	その他			
車椅子での移動										
トイレ										
入浴										
着脱					オムツ使用	無	常時	夜のみ	パットのみ	
食事					食事形態	普通食	キザミ	かゆ	流動	

区内特別養護老人ホームの併設事業を利用したことがありますか。

ショートステイを利用したことがある(施設名)

デイサービスを利用したことがある(施設名)