

<入所面接時必要書類> (記入日) 年 月 日 (記入者) () (本人との関係)

氏名	(男・女) 生年月日 年 月 日 才 (昭和・平成)					
住所	〒 ー (電話番号) () ー					
手帳	原傷病名		介護保険	無・申請中・有 介護度：		
	身体障がい者手帳	種 級 (昭和・平成・令和) 年 月 日(交付)			手帳番号	() 県・府・区 (番号)
	障がい名					
	精神保健福祉手帳	無・有 級 / 手帳番号: 年 月 日(交付)				
	療育手帳	無・有 (A・B1・B2) 年 月 日(交付)				
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居・別居(別居の場合は住所を記載)	
経済面	収入:障がい基礎年金・障がい厚生年金・その他() 受給中・申請中・未加入 生活保護 (受給中・申請中) 傷病手当 (受給中・申請中) 給料・その他() 収入の合計金額(およそ) 円					
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> 共済() <input type="checkbox"/> その他()					
緊急連絡先 (優先順位で記入)	①氏名	続柄	Tel ①	②		
	②氏名	続柄	Tel ①	②		
	③氏名	続柄	Tel ①	②		
現在の状況	1 在宅 2 福祉施設 3 医療施設 4 その他 施設・病院名 ()					
病歴	発症 (昭和・平成・令和) 年 月 日 (搬送先病院: 病院)					
	(昭和・平成・令和) 年 月 日 病院 (入院・通院)					
	(昭和・平成・令和) 年 月 日 病院 (入院・通院)					
	(昭和・平成・令和) 年 月 日 病院 (入院・通院)					
	(昭和・平成・令和) 年 月 日 病院 (入院・通院)					
生育歴	生まれ	(府・県) 市出生				
	学歴 (わかる範囲で記入下さい)	(昭和・平成・令和) 年 中学校卒業 (市)				
		(昭和・平成・令和) 年 高校 科卒業				
		(昭和・平成・令和) 年 (短大・大学・専門学校) 学部卒業				

職業歴	現在の状況： 1. 休職中（休職期限： 年 月 日 まで） 3. 退職
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：
住宅環境	持ち家・借家（市営・公団・民間）
	一戸建て・文化住宅・マンション（ 階建て 階）
	エレベーター（有・無）
	風呂（有・無）
	住宅改修（有・無） / 改修部分（ ）
生活面等	○：ほとんど一人でできる / △：部分介助 / ×：全面介助 （ ）内には介助している内容をお書き下さい
	洗面（ ）
	更衣 着（ ） 脱（ ）
	食事（ ）
	入浴（ ）
	トイレ 大（ ） 小（ ）
	歩行 屋内（ ） 屋外（ ）
	車いす 屋内（ ） 操作 屋外（ ）
	移乗（ ）
	補装具使用状況（短下肢・杖・その他）
嚥下機能	食事・嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についてお聞きします。
	食事の形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	食事中にむせることがありますか <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	お茶を飲むときにむせることがありますか <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	薬はどのように飲んでいきますか <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ水 <input type="checkbox"/> 服薬ゼリー
	義歯は使用されていますが <input type="checkbox"/> 使っている（ <input type="checkbox"/> 合っている <input type="checkbox"/> 合っていない） <input type="checkbox"/> 使っていない
	誤嚥性肺炎と診断されたことがありますか <input type="checkbox"/> 繰り返し <input type="checkbox"/> 一度だけ <input type="checkbox"/> ない
	その他、食事・飲みこみについて何かあればご記入ください

