

収入の状況	年金・恩給等の収入(種類)		年額	円
	地代・家賃等の収入(内容)		年額	円
	利子や配当等の収入(内容)		年額	円
	その他の家族等支援(内容)		年額	円
	合 計 年 収		年額	円
健康状況	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 杖または歩行器等使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 座位を保てない
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 おむつ使用 (<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 常時))	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない(左・右)
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない(左・右)
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 難しい
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想・せん妄
医療の状況	病 名			
	既 往 歴			
	身障手帳	ない・ある ()		
	主 治 医	医療機関		主治医
※記入不要	* 申込書受理日	令和 年 月 日		
	* 利用前面談	令和 年 月 日		
	* 利用決定日	令和 年 月 日		
	* 利用開始日	令和 年 月 日		

※ 該当のものを ○で囲んで下さい。 □内にレ印を記入して下さい。