

【ゲストハウスごうど利用申込書】

申込年月日 年 月 日

申込者名

(フリガナ) ご利用者氏名		男・女	生年月日	M T S	年 月 日 (歳)
住 所		電話番号	自宅		
			携帯		
区 分	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
居宅介護支援 事業所		担当者		主治医	
家族構成	氏 名	同居の 有無	続柄	年齢	住 所
現在利用のサービス					
既往歴				現病歴	
食 事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 経口摂取	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	
	形態	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる	
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> その他
排 泄	尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	状況	<input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレ	<input type="checkbox"/> 紙パン	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> その他 ()
入 浴	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	立位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可	
	移動状況	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可)
その他	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 眠れない事が多い	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 明剤を使用 ()
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい (<input type="checkbox"/> 眼鏡を使用)	<input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる	<input type="checkbox"/> 聴こえにくい (<input type="checkbox"/> 補聴器を使用)	<input type="checkbox"/> 聴こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 話せるが聞き取りにく	<input type="checkbox"/> 話せない	
	理解度	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> あまり理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できない	
ご本人 ご家族の 希望及び要望					

受付職員

職名：

氏名：

印