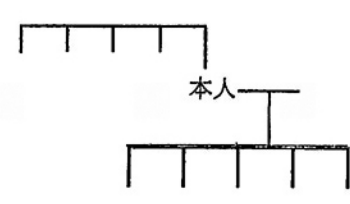


カルフル・ド・ルポ入所申請書

入 所 希 望 者	ふりがな 氏名		男 女	介護認定度	認定期間 初回・ 回目 H 年 / ~ / ケアプラン作成事業所	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 才				
	住所	Tel ()			現在の居場所	
入 所 申 請 者	ふりがな 氏名	(印)	続柄	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 二世帯 <input type="checkbox"/> その他 		
	住所	Tel ()				
家 族 状 況	配偶者・子供氏名	続柄	住所	Tel	同居者を○で囲む	
本 人 の 状 態	日常生活状況			介護状況		
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 (杖 歩行器 車椅子 ストレッチャー)				
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 (普 刻み ミキサー 経管栄養)				
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ オムツ昼・夜 紙パンツ)			在宅サービス状況	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴 機械浴 シャワー 清拭)				
	着脱	自立・見守り・一部介助・全介助			既往歴	
	言語	可・何とか可・不可・失語				
	意志疎通	可・ときどき可・不可()				
	聴力障害	右(無・有) 左(無・有)				
	視力	右(無・有) 左(無・有)			主治医:	病院
麻痺	無・有()			寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
				痴呆自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
入 所 理 由	《緊急性の有・無》					
申請受付日 : H 年 月 日						