施設入所希望者受付シート

入所希望者氏名		男女	生年月日	M・T・S　年　月　日 満　歳

	氏　名	続柄	年齢	職業又は勤務先	電話番号
世帯の状況					

	氏　名	続柄	年齢	住　所・職　業・電話番号　等
親族の状況				

[経歴・職歴]（出来るだけ詳細に）

[病　歴]　現在までにどのような病気、手術をしているか記入してください。(何年に…と言うように)

[認知症]　有　　無　　○印をつけてください。

認知症について診断されている場合は、診断名を記入して下さい。

[　　] アルツハイマー、脳血管性認知症等…

認知症で困っている行動があれば書いてください。　徘徊、異食、暴言、暴行、昼夜逆転(不眠)等

[日常生活能力動作]

視力、聴力、言語、歩行、食事、入浴、排泄、について特別なことがあれば記入してください。