



入居希望者 氏名	
-------------	--

③医療的処置

<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	開始	年	月	～	交換 頻度	1月に	何回
<input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門）	開始	年	月	～	交換 頻度		
<input type="checkbox"/> インシュリン注射	開始	年	月	～	投与 頻度	1日に	何回
<input type="checkbox"/> 透析治療	開始	年	月	～	治療 頻度	1週に	何回
<input type="checkbox"/> 経管栄養	開始	年	月	～	投与 頻度	1日に	何回
<input type="checkbox"/> 喀痰等吸引	開始	年	月	～	頻度		
<input type="checkbox"/> 褥瘡	罹患 時期	年	月	～	部位		

現在治療中の病気

病名	病院名	期間	年	月	～
病名	病院名	期間	年	月	～
病名	病院名	期間	年	月	～

既往歴（現在の生活に影響を及ぼした（ている）病名をご記入下さい）

病名	病院名	期間	年	月	～	年	月
病名	病院名	期間	年	月	～	年	月
病名	病院名	期間	年	月	～	年	月

④介護サービスの利用状況

※該当箇所に☑を入れてください

	単位数	平成	年	月	単位	※入居申込日 前月から遡っ て直近3カ月の 利用合計単 位数を記入し て下さい。	平均 単位数	単位
		平成	年	月	単位			
		平成	年	月	単位			
居宅 サービスの 利用状況	具体的 なサー ビスの 利用状 況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 通所介護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 療養通所介護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	月	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	月	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	週	回	事業者名	( )		
		<input type="checkbox"/> その他のサービス ( )	週	回	事業者名	( )		
<input type="checkbox"/> 利用していない	理由							

その他の状況 ※上記サービス以外で現在利用しているサービス（インフォーマルサービスを含む）があれば記入して下さい。

現在のお住まい（入院も含む）において、暮らしの継続が困難な理由があれば記入して下さい。