

GH 入居受け入れ及び状況確認表

入居受付日 年 月 日
対応者 ()

| | |
|--|-------------|
| ご利用者氏名 男・女 要介護度 () 生年月日 年 月 日 満 歳 ご住所 〒 — | |
| <フリガナ> ご利用者氏名 > 様 | |
| <TEL> — — <FAX> — — | |
| 現在生活場所 自宅 (家族同居・独居) 福祉施設 () 病院 () | |
| ご家族氏名 ご住所 〒 — | |
| <フリガナ> ご家族氏名 > 様 続柄 () | |
| <TEL> — — <FAX> — — <携帯電話> — — | |
| <ADL 状況> 食事：自立・半介助・全介助 / 主食：常食 (ご飯)・お粥 副食：普通菜・刻み菜 排泄：トイレ・ポータブルトイレ・尿器 (自立・介助・見守り) オムツの使用 (あり・なし) | |
| 移動：歩行 (自立・杖歩行・歩行器・車椅子) 歩行時ふらつき (あり・なし) | |
| 薬：常用 (なし・あり・・・) 頓用 (なし・あり・・・) | |
| 認知症：あり・なし 主な症状： | |
| <既往歴> | |
| <家族構成> | <特記事項・ご希望等> |
| ケアマネージャー氏名・所属： | |

