

8. 病歴について

(発症年月日 : / 病名 :)
 (発症年月日 : / 病名 :)
 (発症年月日 : / 病名 :)
 (発症年月日 : / 病名 :)

9. ご本人様の状態

食事 : 自立 一部介助 全介助 胃瘻
 排泄 : 自立 一部介助 全介助 バルンカテーテル ストマ
 トイレ 紙パンツ ポータブルトイレ 紙オムツ
 移動 : 自立 一部介助 全介助
 独歩 杖 歩行器 車椅子 (自操 介助)
 移乗 : 自立 一部介助 全介助

[認知症による行動障害]

該当なし
 徘徊 不潔行為 不穏行動 自傷行為 暴力行為 昼夜逆転
 異食 幻視、幻覚 被害妄想

[医療処置]

酸素 点滴 吸引 () インスリン注射 ()

[新型コロナワクチン接種]

未接種 回接種済み
 (① ② ③ ④ ⑤)

10. 居室の希望について

多床室 個室 どちらでも可 ショートステイ利用 : 可 不可

身元保証人 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女 歳
住所	〒			
勤務先				
連絡方法	①(自宅・携帯・勤務先・その他[]) TEL			
	②(自宅・携帯・勤務先・その他[]) TEL			
主介護者 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女 歳
家族	氏名	続柄	年齢	連絡先