

入所希望者情報提供書

記入日 令和 年 月 日

実施機関	所属 福祉事務所		課 係	
	担当CW:		連絡先: TEL FAX	
基 本 情 報	対象者様 様		性別:	
	生年月日 年 月 日 (歳)		身長: cm 体重: kg	
	現住所		性格:	
	本籍地		趣味・特技:	
	身分証明書		運転免許証 マイナンバーカード その他:	
	年金		有 無 不明 種別: 受取口座 金融機関名	
	銀行口座		有 無 不明 金融機関名:	
	所持金		有 無 不明 約 円	
連 絡 先	キーパーソン 有 無 氏名		続柄	
	家族・親族等			
障 害 状 況	身体障害 知的障害 精神障害 無し (機能障害、問題行動等)			
	手帳関係	有 無	手帳種類・等級	障害加算 有 無 精神障害の場合 自立支援医療 有 無
A D L 状 況	移 動		自立 杖・歩行器 車椅子(移乗可能 移乗不可 自走可能 自走不可)	
			階段の上り下り 可能 不可 和室 可能 不可	
	入 浴		自立 見守り 一部介助 全介助	
	更 衣		自立 一部介助 全介助	
	食 事		主食 ごはん 粥 ペースト その他()	
			副食 普通 一口カット きざみ とろみ その他()	
			咀嚼 良好 不良 嚥下 良好 不良 義歯 有 無	
			食物アレルギー 有 無 詳細:	
排 泄		自立 見守り 一部介助 全介助		
		パット リハパン オムツ ポータブルトイレ		
そ 他		喫 煙 有 無 【1日:約 本】 飲 酒 有 無		

健 康 状 況	既往・現病	有 無	病名:					
	病院受診状況	入院中 通院	医療機関名:					
	服薬状況	有 無	朝 昼 夕 寝る前 頓服薬					
		処方内容:						
	感染症	有 無 不明	詳細:					
	その他	コロナワクチン接種 回摂取済み 未接種 最終接種日:						
	コミュニケーション	理解力	有 無	病識	有 無	認知症	有 無	言語障害
視覚障害		有 無	左・右・両		聴覚障害	有 無	左・右・両	
〈入所依頼理由〉								
最終学歴			職歴					
保護歴			結婚・子供					
〈生育歴・生活歴など〉								
※記載しきれない場合は添付資料を同封して下さい。								
救護施設 妙義白雲寮								