

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								