

利用希望者様の生活状況について（該当する状況に ○印 をご記入ください）

No	項目	生活状況				特記事項	
		自立 車椅子	(独歩・杖・歩行器) (自操・介助)				
1	移動	自立 車椅子	(独歩・杖・歩行器) (自操・介助)				
2	食事	自立	一部介助	全介助	経管栄養		
3	排泄	自立	(トイレ・ポータブル)				
		一部介助	(トイレ・ポータブル)				
		全介助	(トイレ・ポータブル・便尿器)				
		オムツ					
4	入浴	自立	一部介助	全介助			
5	着脱衣	自立	一部介助	全介助			
6	起座	自立	一部介助	全介助	不可		
7	寝返り	自立	一部介助	全介助	不可		
8	移乗動作	自立	一部介助	全介助			
9	立ち上がり	自立	一部介助	全介助			
心身に関する事項	10	視力障害	無	弱視 (右・左)		全盲	
	11	聴力障害	無	やや難聴 (右・左)		難聴	
	12	言語障害	無	少し不自由	不自由		
	13	会話	普通	どうにか可	不可		
	14	歯の障害	無	一部入れ歯	総入れ歯		
	15	失禁	無	有			
	16	床ずれ	無	有 (部位 )			
	17	徘徊	無	居室内	屋内	屋外	
	18	認知症	無	有 ( 軽度・中度・重度 )			
	19	麻痺	無	有 部位(右・上、下肢 左・上、下肢)			
20	拘縮	無	有 部位(右・上、下肢 左・上、下肢)				

		発症年月日	傷病名	特記事項
		現病		
疾病に関する事項	既往歴			
	現在服用中の薬 (お薬手帳等のコピーでも可)			

**お願い**

本利用申込書に記載した事項に変更があった場合や他の特別養護老人ホーム等を利用した場合は、当施設に連絡をお願いします。

地域密着型特別養護老人ホーム りんどう  
 短期入所生活介護 りんどう  
 〒 959 - 2805  
 胎内市下館1523番地  
 電話番号 0254 - 47 - 2222

担当者不在の場合がありますので、連絡は月曜日～金曜日の  
 9：30～17：00の間をお願いします。

※ご記入頂いた情報はご利用判定の目的以外には使用せず、適切に保管させていただきます。