

起 座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない		
聴力障害	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない		
言語障害	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> かなり不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない		
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 (居室内・屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 無		
申 込 者	フリガナ		入所希望者との続柄
	氏 名		
	現 住 所	〒 - (電話) (携帯)	
	勤 務 先	電話 () -	

申込者と異なる場合にご記入下さい

主 たる 介 護 者	フリガナ		同居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	入所希望者との続柄等
	氏 名			
	現 住 所	〒 - (電話) (携帯)		
	勤 務 先	電話 () -		

○ 指定居宅介護支援事業者及び担当ケアマネジャー氏名

事業者名		担当ケアマネジャー氏名	
------	--	-------------	--

○ 備 考

--