

フリガナ		性別	男・女	フリガナ	
氏名		年齢	歳	ご家族氏名 (キーパーソン)	続柄 ( )
連絡先住所	〒 TEL ( )				
健康の状況	現在の病名 ( ) 主な既往歴 ( ) 服薬している薬 ( ) 感染症 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (診断名: ) 実施中の処置 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 【その他】 (主治医意見書等から記載頂ければ結構です)				
身体の状況 (該当するものに✓を願います)	身長 _____ c m      体重 _____ c m 食事 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考 ) 入浴 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考 ) 排泄 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考 ) 歩行 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> (備考 ) 移乗 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考 ) 【その他】 ( )				

※ 裏面に続きます

