

入居相談 ヒアリングシート

年 月 日 (担当:)

基本情報	氏名 (入居希望者)		生年月日 (M・T・S) 年 月 日 (歳)	
	住所	(〒 -)		
	連絡先	TEL - -	連絡可能な時間帯	
	キーパーソン	氏名	(続柄:)	
		住所		
		TEL - -	Email:	
紹介先	氏名	事業所名		
	所在地	連絡先		
現在の状態	主病名			
	既往歴	(別表-7、特定疾病、指定難病)		
	医療処置			
	生活環境	在宅 入院中 (病院名:) 入所中 (施設名:)		
	介護保険	なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ケアマネジャー: 事業所:		
	障害者手帳	なし 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳 (種 級) →手帳、受給者証の全ページコピーを依頼 サービス利用状況: 居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ その他 ()		
	費用負担	ご本人 ・ ご家族 ・ その他 () ・ 生活保護 (取得/申請中)		
	経済状況	年金・手当等 ()		
ADL	【移動】 独歩 ・ 杖 ・ 伝い歩き ・ 歩行器 ・ シルバーカー 車椅子 (自走/介助/電動) ・ 寝たきり ・ その他 () 【移乗】 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 転倒歴あり () 【起居】 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 () 【排泄】 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 () トイレ ・ Pトイレ ・ 尿器 ・ オムツ () 【入浴】 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 () 【整容】 自立 ・ セッティングにて自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 【食事】 自立 ・ セッティングにて自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			