

様

出身地	
幼少期	
最終学歴	
就職・転職時期	
結婚・出産	
退職後	
趣味(若い頃)	
趣味(現在)	
嗜好	
性格	

医療状況

既往・入院	病名	医療機関名
年		
年		
年		

現在治療中の病気	病名	医療機関名	主治医変更可否
年～			☐ 可 ☐ 否
年～			☐ 可 ☐ 否
年～			☐ 可 ☐ 否
年～			☐ 可 ☐ 否

医療行為の有無	☐ 有 内容： 回数・頻度： /回 (日・週・月) 曜日 ☐ 無
精神疾患の有無	☐ 有 疾患名： 手帳の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無

認知症・周辺症状

認知症の診断	☐ 有 ☐ 無
周辺症状	☐ 被害妄想 ☐ 夜間不眠/昼夜逆転 ☐ 暴言・暴力 ☐ 帰宅願望(外出したがる) ☐ 自傷行為 ☐ 介護抵抗(大声を出す、拒否する) ☐ 不潔行為 ☐ 異食行為 ☐ 収集癖 ☐ 幻視/幻聴 ☐ 失見当識 ☐ その他()
頻度	☐ ほぼ毎日 ☐ 週3～4回 ☐ 週1～2回 ☐ 月数回

年金

年金の有無	☐ 有 金額 万/2か月
	☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 遺族年金 ☐ 企業年金 ☐ 障害年金
支払い方法	☐ 岡信口座(本人名義) 有・無 ☐ 振込 ☐ 岡信口座作成(名義人 続柄：)
不足分補填	☐ 預貯金 ☐ 配偶者 ☐ 子・孫(続柄：) ☐ その他()

介護者等の状況

介護者の有無	☐ 有 ☐ 無
介護協力者の有無	☐ 有 名(続柄：) ☐ 無
就労状況	☐ 就労中 ☐ 未就労
病気・障害の有無	☐ 有(病名：) 通院治療 ☐ 有 ☐ 無
入所希望者以外の 介護・看護の有無	☐ 有 ☐ 無
未就学児の育児	☐ 有 ☐ 無
その他 介護困難な事由	

保険証等の確認

※医療、介護の保険証類、障害者手帳の写しを添付してください

生活保護	☐ 有(市町村：) ☐ 無
住所地	
介護保険	☐ 介護保険証 ☐ 介護保険負担割合証 介護保険負担限度額認定証 ☐ 有 ☐ 無
医療	☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 国民健康保険 負担限度額認定証 ☐ 有 ☐ 無 福祉医療費受給者証 ☐ 有 ☐ 無
手帳等	☐ 有 (身体 級・精神 級) ☐ 無 自立支援医療受給者証 ☐ 有 ☐ 無

その他

自宅の状況	☐ 持ち家(戸建て・マンション) ☐ 賃貸 ☐ 自宅無し ☐ 改修済み ☐ 未改修
住宅環境の問題	☐ 有 ☐ 無
入所後の住所変更	☐ 自宅 ☐ 豊明苑
要介護3以下に なった場合の意向	☐ 在宅復帰 ☐ 他施設への入所
要介護3以上の 認定期間	☐ 3年以上 ☐ 2年以上3年未満 ☐ 1年以上2年未満 ☐ 1年未満