

株式会社ほのぼの
利用申込者情報提供書

作成日： 令和 年 月 日

作成者： _____

フリガナ					性別	生年月日									
氏名					男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)									
現住所	〒				TEL										
					FAX										
					携帯等										
緊急連絡先	日中	氏名			続柄				夜間	氏名			続柄		
		住所								住所					
		連絡先								連絡先					
要介護度					収入	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()									
認定有効期間					保険	国民健康保険・共済組合・後期高齢者・その他 ()									
障害老人日常生活自立度					障害認定										
認知症老人日常生活自立度					その他特記										
既往・持病など															
食事	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
	食種	<input type="checkbox"/> 一般食	<input type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 抗潰瘍食	<input type="checkbox"/> その他 ()									
	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> 経口栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他 ()									
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> その他 ()									
移動 移乗	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
	室内	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> その他 ()									
	室外	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> その他 ()										
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	<input type="checkbox"/> その他 ()										
排泄	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他 ()									
	尿便意	<input type="checkbox"/> 尿意あり	<input type="checkbox"/> 尿意なし	<input type="checkbox"/> 便意あり	<input type="checkbox"/> 便意なし	<input type="checkbox"/> その他 ()									
	失禁	<input type="checkbox"/> 尿失禁あり	<input type="checkbox"/> 尿失禁なし	<input type="checkbox"/> 便失禁あり	<input type="checkbox"/> 便失禁なし	<input type="checkbox"/> その他 ()									
下着	<input type="checkbox"/> パンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他 ()										
入浴	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> その他 ()									
更衣	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
整容	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助										
IADL <small>できない項目 にチェック</small>	<input type="checkbox"/> 食事準備	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 買物	<input type="checkbox"/> 服薬										
	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 金銭管理	<input type="checkbox"/> 通院・通所	<input type="checkbox"/> その他 ()											
コミュニケーション					趣味 嗜好										
視力	状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> その他 ()										
	眼鏡等	<input type="checkbox"/> 裸眼	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> コンタクト	<input type="checkbox"/> その他 ()										
聴力	状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> その他 ()										
	補聴器等	<input type="checkbox"/> 裸耳	<input type="checkbox"/> 右補聴器	<input type="checkbox"/> 左補聴器	<input type="checkbox"/> その他 ()										
口腔	状態	<input type="checkbox"/> 義歯なし	<input type="checkbox"/> 総義歯	<input type="checkbox"/> 局部義歯	<input type="checkbox"/> その他 ()										
その他 留意事項															