

入	医療の状況	病名（現在治療中の病気等）： かかりつけ医： 特記事項：								
	認知症による 周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 自傷行動	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 被害妄想
居	頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日		<input type="checkbox"/> 週3～4回程度		<input type="checkbox"/> 週1～2回程度		<input type="checkbox"/> 月数回程度		
	認知症高齢者 日常生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V		
者	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
の	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
状	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
況	視力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 目の前の物は見える		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 大きな声がやっと聞こえる		<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない				
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない					

*申し込みに必要な書類（コピー可）：介護保険被保険者証