

住環境	一戸建て・マンション・団地 階・アパート 階（賃貸・購入）
	エレベーター（あり・なし）
	本人の居室（なし・あり 階）
アレルギー	薬 なし・あり：
	食べ物 なし・あり：
	その他 なし・あり：
入れ歯	上（なし・部分入れ歯・総入れ歯）
	下（なし・部分入れ歯・総入れ歯）
	入れ歯はありますか。（合っている・治療中・合っていない）
身長・体重	cm kg
睡眠時間	午後 時 頃 ～ 午前 時 頃
	途中で起きたり寝つきが悪いことはありますか。（ある・なし）
	睡眠剤を服用していますか。（なし・たまにあり・毎日服用）
	<睡眠状況>
視力	普通・やや見えにくい・見えない
	めがねの使用（なし・新聞など細かい字を読むとき・常時使用）
聴力	普通・やや聞こえにくい・難聴 補聴器の使用（有・無）
趣味	
性格	
（昔していた）職業	
希望療養室	個室（トイレ付き・トイレなし） 2人部屋（トイレ付き・トイレなし） 4人部屋
喫煙	なし・あり 本数 本／1日
飲酒	なし・あり 飲酒量 合・本／1日

- ①連絡先につきましては、昼間連絡先を出来れば複数ご記入頂ければと思います。（携帯電話でも可）
- ②利用希望理由につきましては、様々なことがあると思います。御本人様・御家族様の希望を率直にご記入ください。
- ③療養生活上の希望につきましては、当施設を御利用されるにあたってのご希望（トイレに自分でいけるようになってほしい、歩けるようになってほしいなど）や、御本人様が集団生活を送るにあたり、気をつけておいたほうが良いこと（例えば社交的であった、内向的で友人は作りにくいといった性格的なこと）などをご記入頂ければと思います。