

入居検討者	
単身or夫婦	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦
生年月日（年齢）	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日（満 歳）
現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 入院中（病院名 退院日 ） <input type="checkbox"/> 施設入居中（施設名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
身元引受人/キーパーソン	（関係性： ）
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 等級 級 障害名（ ）
ADL（体の状況）	食事： 歩行： 排泄： 入浴： 着脱：
認知症の有無（症状）	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 症状：
利用している介護サービス	
既往歴	
現病歴（服薬状況）	
通っている病院（頻度）	
必要な医療行為	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> その他（ ）
収入（1ヶ月あたり）	年金： 万円/月 その他：
預貯金	
不動産	<input type="checkbox"/> 持ち家（そのまま 売却する 貸す） <input type="checkbox"/> その他（ ）
予算（初期費用/月額）	初期予算： 万円 月額予算： 万円
居室の希望	広さ m以上（ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗濯スペース <input type="checkbox"/> キッチン）
希望のエリア	第1希望（ ） 第2希望（ ） 第3希望（ ） 許容できるエリア・沿線（ ）
転居時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 今後ゆくゆく <input type="checkbox"/> 期日まで（ 年 月 日）
入居検討者が重要視している項目（複数可）	<input type="checkbox"/> プライバシー <input type="checkbox"/> 自由度(外出等) <input type="checkbox"/> 入居者同士の交流 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 手厚い介護サービス <input type="checkbox"/> 医療連携 <input type="checkbox"/> 立地（駅近・買物等） <input type="checkbox"/> 看護師の常駐時間 <input type="checkbox"/> 部屋の広さ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他確認事項	<input type="checkbox"/> お酒を飲む <input type="checkbox"/> タバコを吸う <input type="checkbox"/> 自炊したい <input type="checkbox"/> ペットを飼っている <input type="checkbox"/> 終の棲家として探したい <input type="checkbox"/> 一時的な利用を考えている
入居検討者の譲れないポイント	
家族の希望	
メモ欄	