

# ショートステイ利用申込書

年 月 日 現在

利用者基本情報												
被 保 険 者	住所	〒				生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和					
	フリガナ					年		月		日	年齢	歳
	氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号					
緊 急 連 絡 先	住所	〒				続柄						
	フリガナ				連絡先	携帯電話		自宅電話				
	氏名											
居 宅 事 業 所	事業所番号					担当ケアマネジャー						
	フリガナ				TEL番号	FAX番号		住所				
主 治 医	フリガナ					フリガナ						
	病院名					医師名						
	TEL番号				FAX番号			住所				
被保険者番号					保険者		生活保護		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
介護保険証有効期限	年 月 日 ~				年 月 日		認定日	年 月 日				
要介護区分	障害高齢者自立度			認知症高齢者自立度			徘徊		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護負担割合証		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			介護負担限度額認定証		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   段階 (   )					
視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (   )			聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 補聴器 )							
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (   )			睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (   )							
食 事 状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			状況	アレルギーや食事制限等							
	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト			副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> パースト						
義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 総 ・ <input type="checkbox"/> 部分 )			<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 夜外す	その他							
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			希望	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴   その他							
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			自助具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス   その他							
排 泄	便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> Pトイレ使用 <input type="checkbox"/> 尿器等使用		その他			
	おむつ使用		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排泄介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 誘導介助   その他						
医 療 器 具 行 為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素		経管栄養 (   日   回 ) (   量 )					
			<input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> ペースメーカー		その他							
注 意 事 項	<input type="checkbox"/> 転倒注意 <input type="checkbox"/> 転倒歴あり <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 妄想											
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> エアマット使用   その他注意が必要な事項 (   )											
病歴												
社会福祉法人ほほえみ会												
事 業 所 情 報	特別養護老人ホーム雅荘 (短期入所生活介護・予防短期入所生活介護)					事業所番号		`0875500175				
	住所	つくばみらい市福岡1199番			TEL	0297-20-5525		FAX	0297-20-5527			