

市川三愛 短期入所生活介護 申込書 ① (通常 ・ 緊急)

申込施設名	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム					市 川 三 愛			
(フリカナ)						生 年 月 日			
利用者氏名						男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)		
住 所									
連 絡 先	①				②				
保 険 者	市		被保険者番号						
交付年月日						有効期間	H 年 月 日から		
認 定 日							H 年 月 日まで		
介護度	支援 1・2		介護 1・2・3・4・5			負担割合	1割 ・ 2割		
負担段階	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階								

(フリカナ) 介護者氏名					男・女	続柄		世帯	同居 ・ 別居
住 所									
連絡先	①				②				

利用希望期間	①	H	年	月	日	～	H	年	月	日
	②	H	年	月	日	～	H	年	月	日
	③	H	年	月	日	～	H	年	月	日
上記期間	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> いずれか一か所									
送 迎	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない () 送迎時の車椅子等 <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない ()									

回 答 欄	
1. 利用希望 () の通りサービス提供します 2. 下記の通りご調整をお願いいたします	
担当者 _____	

事業所名		住所	
事業所番号		電話	
担当者		F A X	

市川三愛 短期入所生活介護 申込書 ②

平成 年 月 日現在

利用者氏名

現病歴	
既往歴	
内服薬	
医療行為	<input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> カテーテル・ストマ
医療機関	主治医: _____ 先生 住所: _____ 連絡先: _____

※介護サービス利用時診断書を添付してください

麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> シルバーカー		
排泄	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 (_____) 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 (_____) 介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着用: <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット使用		
排便 コントロール	排便: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良→ <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 利用中の指示: <input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> あり→ (_____)		
食事	摂取状況: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態: 主食→ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト 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"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト 水分→ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ 義歯→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (上 ・ 下) その他療養食: <input type="checkbox"/> カロリー制限 (1日 _____ カロリー) <input type="checkbox"/> 塩分制限 (1日 _____ グラム)		
更衣	上衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難聴 (_____)	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲
認知性老人の日常生活自立度判断基準	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
精神状態や問題行動			
<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 幻視幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他具体的にお願いします			

家族構成	利用時の留意事項及び家族・利用者の要望

