

ショートステイ 利用申込書

施設名

申込日 令和 年 月 日

ご利用者	ふりがな			男・女	生年月日	明治 年 月 日			
	氏名					大正 年 月 日 昭和 (歳)			
	介護認定 要支援	1・2・3・4・5・未			認定年月	H・R 年 月 日			
	被保険者番号								
	認定の有効期間	H・R 年 月 日 ~				H・R 年 月 日			
	ご住所	〒 大阪市 電話番号: () -							
家族状況	氏 名	続 柄	同居・別居	緊急連絡先TEL(自宅 携帯 勤務先)					
	①		同居・別居	(自宅)		(携帯)			
	②		同居・別居	(自宅)		(携帯)			
	③		同居・別居	(自宅)		(携帯)			
申し込み理由									
かかりつけ医	病院名			主治医			TEL		
緊急時希望病院	①	②			③			□特になし	
既往歴									
皮膚疾患	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
感染症	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
アレルギー	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
内服薬	朝(食前・食後)		昼(食前・食後)		夕(食前・食後)		眠前		
目薬	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
外用薬	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
その他(屯用等)	☐ 有り	☐ 無し	(内容)						
居宅介護支援事業所	TEL () -					担当 ケアマネー ジャー			
サービスの 利用状況									
在宅での 生活状況									

身体状況

視力	☐ だいたい見える	☐ 輪郭程度	☐ ほとんど見えない	(特記)
聴力	☐ だいたい聞こえる	☐ 耳元程度	☐ ほとんど聞こえない	(特記)
言語	☐ 明瞭	☐ 不明瞭	☐ 伝達不能	(特記)
麻痺	☐ 有り ☐ 無し	(部位)		
褥瘡	☐ 有り ☐ 無し	(部位)		
意思伝達	☐ 伝えられる	☐ いくらか困難	☐ 困難	(特記)
認知症	☐ 有り ☐ 無し	(特記)		
行動障害	☐ 幻視 ☐ 幻聴	☐ 妄想	☐ 昼夜逆転	☐ 介護拒否 ☐ 徘徊 ☐ 暴行暴言 ☐ 異食 ☐ 不潔行為
その他 特記事項				

ADL

食事	介助	主食	副食	トロミ	義歯	用具	牛乳
	☐ 自立	☐ 米飯 ☐ ミキサー	☐ 普通 ☐ ミキサー	☐ 有り	☐ 無し	☐ はし	☐ 可
	☐ 一部介助	☐ おにぎり ☐ ゼリー	☐ キザミ ☐ ゼリー	☐ 無し	☐ 上のみ	☐ スプーン	☐ 不可
	☐ 全介助	☐ 粥	☐ 極キザミ		☐ 下のみ	☐ フォーク	
					☐ 上下		
	好き嫌い ☐ 有り ☐ 無し	(内容)	摂取量 ☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない	(特記)			
排泄		介助	援助方法	オムツ	その他特記事項		
	昼	☐ 自立 ☐ 声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ トイレ誘導 ☐ オムツ交換	☐ 有り ☐ 無し			
				○リハパン ○大型パッド ○紙オムツ ○パッド			
	夜	☐ 自立 ☐ 声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ トイレ誘導 ☐ オムツ交換	☐ 有り ☐ 無し			
				○リハパン ○大型パッド ○紙オムツ ○パッド			
排尿	1日()回	排尿量 少ない・普通・多い	排便	()日()回	下剤 ☐ 有 ☐ 無		
入浴	☐ 一般浴				(特記)		
	○自立 ○一部介助 ○全介助						
歩行	☐ 自立で歩ける	☐ 何かに掴まればできる	☐ 出来ない	☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖			
座位保持	☐ 自立	☐ 支えがあればできる	☐ 出来ない	(特記)			
着脱	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	(特記)			
起位動作	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	(特記)			
立位保持	☐ 自立	☐ 支えがあればできる	☐ 出来ない	(特記)			
寝返り	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	(特記)			
その他 特記事項							