

ショートステイ 利用申込書

施設名

申込日 平成 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 |
| | 介護認定 要支援 | 1・2・3・4・5・未 | | | 認定年月 | 平成 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 認定の有効期間 | 平成 年 月 日 | | | ～ | 平成 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 | | | <input type="checkbox"/> 特になし |
| 既往歴 | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (内容) | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (内容) | | | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (内容) | | | | | | | |
| 外用薬 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (内容) | | | | | | | |
| その他(屯用等) | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> だいたい見える | <input type="checkbox"/> 輪郭程度 | <input type="checkbox"/> ほとんど見えない | (特記) |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> だいたい聞こえる | <input type="checkbox"/> 耳元程度 | <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない | (特記) |
| 言語 | <input type="checkbox"/> 明瞭 | <input type="checkbox"/> 不明瞭 | <input type="checkbox"/> 伝達不能 | (特記) |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (部位) | |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (部位) | |
| 意思伝達 | <input type="checkbox"/> 伝えられる | <input type="checkbox"/> いくらか困難 | <input type="checkbox"/> 困難 | (特記) |
| 認知症 | <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | (特記) | |
| 行動障害 | <input type="checkbox"/> 幻視 | <input type="checkbox"/> 幻聴 | <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 |
| | | <input type="checkbox"/> 介護拒否 | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 暴行暴言 |
| | | | <input type="checkbox"/> 異食 | <input type="checkbox"/> 不潔行為 |
| その他 特記事項 | | | | |

ADI

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