

サテライト万寿の杜ショートステイ利用申込書

記入年月日：平成 年 月 日

ケアプラン作成事業所				電話		
ケアマネジャー氏名				減免等	第 段階 ・ 生保 ・ 社福	
フリガナ			被保険者番号	要介護・要支援	申請中 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
氏名			様	認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日		
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住所				電話		
利用に際して	入所開始日	平成	年	月	日	AM・PM 時 分 送迎 有 ・ 家族
	退所日	平成	年	月	日	AM・PM 時 分 送迎 有 ・ 家族
緊急連絡先	1	氏名 様 続柄() 電話				
		住所 携帯				
	2	氏名 様 続柄() 電話				
		住所 携帯				
【病院・医院(主治医)】				【緊急時の医療機関(夜間も含む)】		
【住所】						
電話						
【現病歴】				【常備薬(処置等)】		
既往歴	年月	病名		医療機関	備考	
	年 月					
	年 月					
	年 月					
【家族構成(キーパーソン)】				【利用目的・御本人・家族の意向、要望】		
【生活歴(職業・学歴・宗教・趣味等)】						
現状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関() <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他					

身長	cmくらい	体重	kgくらい	平均血圧	/
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合	<input type="checkbox"/> 意思疎通 <input type="checkbox"/> 幻想妄想 <input type="checkbox"/> 短期記憶 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想
食事	【食事動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () 【使用物品】 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 () 【食事形態】 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ (副食) <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> キザミ() <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()Kcal/day 【特別食】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 【禁止食】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 【嗜好食】 () 【通常の食事摂取量】 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小 【嚥下・咀嚼障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 【義歯】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 部分入れ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 総入 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下				
排泄	【尿意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【尿失禁】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【便意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【便失禁】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【排泄動作】 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () 【排泄方法】 (日中) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置 (夜間) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置
入浴	【方法】 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
整容	【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【洗面】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
身体状況	【視力】 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 【聴力】 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 【立位】 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない 【歩行】 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない 【移動方法】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可) <input type="checkbox"/> リクライニング ※車いす持ち込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【運動機能】 (障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合その内容 <input type="checkbox"/> 拘縮 その部位 () <input type="checkbox"/> 麻痺 その部位 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 その部位 () <input type="checkbox"/> その他				
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> HBV(B型肝炎) <input type="checkbox"/> HCV(C型肝炎) <input type="checkbox"/> W氏 <input type="checkbox"/> その他				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 他				
備考及び特記事項					

介護保険証、減免等の証書のコピーを添付して下さい。