

# 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：令和 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:令和 年 月 日~令和 年 月 日 |                         |    |
| 生年月日                | M・T・S 年 月 日   | 年齢                     | 歳 性別 男 ・ 女              |    |
| 住所                  |   | 電話                     |                         |    |
| 利用に際して              | 入所開始日   | 令和 年 月 日               | AM・PM 時 分 送迎 有 ・ 家族     |    |
|                     | 退所日   | 令和 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<br><input type="checkbox"/> 幻想妄想<br><input type="checkbox"/> 短期記憶<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転<br><input type="checkbox"/> 暴力<br><input type="checkbox"/> 弄便 | <input type="checkbox"/> 大声<br><input type="checkbox"/> 徘徊<br><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 ( )<br>【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 ( )<br>【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"/> とりみ<br>(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<br><input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )Kcal/day<br>【特別食】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>【禁止食】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>【嗜好食】 ( )<br>【通常の食事摂取量】 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小<br>【嚥下・咀嚼障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>【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 ( )<br>【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<br>(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<br>【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<br>【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<br>【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<br>【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<br>【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<br>※車いす持ち込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>【運動機能】 (障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>有の場合その内容<br><input type="checkbox"/> 拘縮 その部位 ( )<br><input type="checkbox"/> 麻痺 その部位 ( )<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 その部位 ( )<br><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。