

ショートステイ利用申込書

		申込日	平成	年	月	日
利用者	フリガナ		明治 ・ 大正 ・ 昭和			
	氏名		年 月 日 () 歳			
	住所		性別	男 女		
			電話番号			
緊急連絡先	氏名		(続柄)			
	住所		電話番号			
保険者名			被保険者番号			
介護保険	介護度 要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)			
有効期間	平成 年 月 日 ~		生活保護			
主治医	医療機関名					
	主治医氏名					
	所在地		電話番号			
既往症			特記事項			
医療処置			服薬	無 医師の処方箋 市販薬		
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える	<input type="checkbox"/> 大きな字は見える	<input type="checkbox"/> ぼんやり見える	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる	<input type="checkbox"/> 耳元なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	会話	<input type="checkbox"/> 普通に話せる	<input type="checkbox"/> やや舌がもつれる	<input type="checkbox"/> やっと話せる	<input type="checkbox"/> 全く話せない	
	歩行	<input type="checkbox"/> 普通に歩ける	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用する	<input type="checkbox"/> 手を貸せば歩ける	<input type="checkbox"/> 車椅子が必要	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べれる		<input type="checkbox"/> 食器等を渡せば食べる	<input type="checkbox"/> 自分では食べれない	
	食事内容	<input type="checkbox"/> 普通の食事	<input type="checkbox"/> おかずだけ細かくする	<input type="checkbox"/> お粥を食べている		
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分で着替える	<input type="checkbox"/> 手を貸せば着替える	<input type="checkbox"/> 自分では着替えられない		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入れる	<input type="checkbox"/> 手を貸せば入れる	<input type="checkbox"/> 全く入れない		
	排泄	<input type="checkbox"/> 普通にできる	<input type="checkbox"/> 簡易便器でできる	<input type="checkbox"/> 夜のみオムツを使用	<input type="checkbox"/> 常時オムツ使用	
	就寝	<input type="checkbox"/> 普通に就寝	<input type="checkbox"/> 体を起こす事ができる	<input type="checkbox"/> 寝返りができる	<input type="checkbox"/> 寝たままである	
就寝状態	<input type="checkbox"/> エアマット使用		<input type="checkbox"/> 体位交換枕			
行動面	<input type="checkbox"/> 物を壊したりする		<input type="checkbox"/> 大声を出したりする		<input type="checkbox"/> 作話をする	
	<input type="checkbox"/> 幻覚、幻聴がある		<input type="checkbox"/> 感情が不安定		<input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している	
	<input type="checkbox"/> 夜間眠れない		<input type="checkbox"/> 暴言・暴行をする		<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す	
	<input type="checkbox"/> 徘徊する		<input type="checkbox"/> 家に帰りたいがる		<input type="checkbox"/> 物を盗られたと妄想する	
	<input type="checkbox"/> 迷子になる		<input type="checkbox"/> 収集癖がある		<input type="checkbox"/> 火の始末が出来ない	
	<input type="checkbox"/> 不潔な行為をする		<input type="checkbox"/> 食べられない物を口にする		<input type="checkbox"/> 性的問題行動	
利用希望日	年 月 日 (曜日) ~		年 月 日 (曜日) 合計			
	年 月 日 (曜日) ~		年 月 日 (曜日) 合計			
	年 月 日 (曜日) ~		年 月 日 (曜日) 合計			
居宅介護支援事業所	事業所名					
	担当者名					
	所在地		電話番号			
		送信元 F A X 番号				