

利用申込書 (1/2)

彩幸の杜ショートステイ 行

申込日 年 月 日

TEL048-792-1111

FAX048-792-1115

彩幸の杜
事業所番号1176508214

- 介護予防短期入所介護利用申込書
 短期入所介護利用申込書

4-1

利用者情報	ふりがな			性別	生年月日	明治・大正・昭和		
	氏名			男・女	年 月 日 (歳)			
	住所							
	電話番号				減額認定証			
	被保険者番号				無・有 ()			
	認定年月日	年 月 日			負担割合		割	
	認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	要介護度	要支援1・要支援2・要介護 1・2・3・4・5						
	既往歴							
	主治医	機関				医師名		
		住所				連絡先		
	緊急連絡先	氏名 (続柄)				電話番号		
		住所				携帯番号		
	身体・精神状況及び日常生活動作	食 事	自立・一部介助・全介助					
			箸・スプーン・フォーク					
主食			常食・軟飯・全粥・ペースト					
副食			常菜・軟菜・一口大・刻み・ペースト					
水分			普通・トロミ使用					
糖尿食 (Kcal) ・ 減塩食 (g)								
排 泄		自立・一部介助・全介助						
		布パンツ・リハビリパンツ・オムツ						
		尿意	有・無			便意	有・無	
		失禁	無・有 (常時・時々)			下剤	無・有	
認知症		無・年相応・少し有・有						
顕著な症状 (該当事項に○をお願いします)		記憶力低下		記憶障害		見当識障害		人物誤認
		妄想		幻覚		幻聴		昼夜逆転
		徘徊		他室訪問		他者トラブル		帰宅要求
		暴言		暴行		ケアへの抵抗		大声
	異食		盗食		収集癖		性的言動	
	放尿		放便		感情不安定			
移動	独歩・杖・歩行器・車椅子 (自操可・不可)							
入浴	一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭・その他 ()							
感染症	無・有 ()							
サービス	利用希望日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()						
	入浴	有・無		送迎	無・有 (往復・片道)			
	訪問調査日	利用前に、ご自宅に訪問させていただきます。希望日をご記入ください。 令和 年 月 日 時 分頃						
支援事業所 居宅介護	居宅名				指定番号			
	住所				担当CM			
	電話番号 FAX番号	TEL			/ FAX			