

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				