

ショートステイ利用申し込み

庄長	業務課長	生活相談員	看護師	栄養士	介護員

新規 **継続**

担当ケアマネ	
--------	--

利用者氏名		(男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
住所							電話	
利用期間	年 月 日 時 分		~	年 月 日 時 分		(日間)		
	送迎 ; 無・有			送迎 ; 無・有				
要介護度	要支援・I・II・III・IV・V			被保険者番号				
身体状況	【既往歴】							
服薬	朝・昼・夜 ; 下剤() 眠剤() 点眼薬() 塗布薬()							
移動	全介助・一部介助・自立 立位 ; 可・不可 車椅子(自操・介助)・歩行器・歩行(自立・杖・シルバーカー・手引き)							
排泄 (自宅は洋式)	全介助・一部介助・自立 *尿意あいまい 便意はある オムツ(昼夜・夜間)・トイレ(昼夜・夜間)・トイレ(昼夜・夜間) 備考(方法・種類等)							
食事	全介助・一部介助・自立 義歯 ; 上・下・上下・なし・部分入歯 主食(普通・粥・ミキサー・他())・副食(普通・刻み・極刻み・ミキサー・他()) (はし スプーン フォーク) エプロン(使用 不可) 備考(アレルギー等) :							
入浴	歩浴・座位機械浴・臥位機械浴 洗身(全介助・一部介助・自立) 洗髪(全介助・一部介助・自立) 着脱(全介助・一部介助・自立)							
精神状況	認知症状(有・無)							
特記事項								
備考	視力 ; 普通・悪い 聴力 ; 普通・悪い 意思疎通 ; 可・不可 日常生活の様子等 ; (睡眠時間、趣味、性格).. (出身、若い頃の仕事等).. 持ち物: 洗濯希望 : 有・無 就寝状況 ; ベット・畳							
家族連絡先	氏名		TEL					
	氏名		TEL					
かかりつけ医			緊急時搬送				電話	
初回利用日				作成・更新日			作成者	