

【常源ショートステイ申込書】

ショートステイ常源施設長 殿

<申請日> 平成 年 月 日 ()曜日

入所希望者

氏名	生年月日	年齢	介護度
	M・T・S 年 月 日		
被保険者番号	負担限度額段階	第	段階
住所	TEL		

申請者
氏名 _____ 続柄 _____ 住所・TEL _____

連絡先
氏名 _____ 続柄 _____ 住所・TEL _____

氏名 _____ 続柄 _____ 住所・TEL _____

入所期間 送迎の有・無 1.リフト車 2.普通車 3.指定無し
平成 年 月 日 時 分 ~ 平成 年 月 日 時 分まで
(朝食・昼食・夕食から) (朝食・昼食・夕食まで)

入所の理由
注意事項・要望事項
特記事項
現病歴・既往歴

居宅介護支援事業所名		作成日	平成 年 月 日
TEL		記入者	

係つけ医		訪問看護ステーション 利用の有無	
夜間等緊急時病院			
発熱時等の対応	便秘時の対応		
	下剤使用	不可・可 (種類: _____)	
	浣腸使用	不可・可	

【日常生活動作状況】

ADL	状 況	備 考
歩行	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
立位	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
座位	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
寝返り	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
衣類着脱	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
食事	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
食事形態	主食 常・粥・ミキサー (大・中・小) 副食 常・荒刻み・刻み・ミキサー 箸・スプーン (大・中・小・先割れ)・フォーク	
排泄	1.自立 2.一部介助 3.全面介助 (トイレ・PB・紙オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット)	
入浴	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
視力	1.見える 2.物の動きがわかる程度 3.見えない 4.判断不能	
聴力	1.聞こえる 2.大声でないと聞こえない 3.聞こえない 4.判断不能	
会話	1.できる 2.かろうじてできる 3.できない	
金銭管理	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	
服薬管理	1.自立 2.一部介助 3.全面介助	

【身体状況】

麻痺	有・無	(部位)	
拘縮	有・無	(部位)	
褥瘡	有・無	(部位)	

【精神状況】

認知症	有・無	記憶障害 () 見当識障害 ()
-----	-----	--------------------

【問題行動】

1.攻撃的行為	2.自傷行為	3.火の扱い	4.徘徊
5.不穏行為	6.不潔行為	7.失禁	8.その他 ()