

特別養護老人ホーム ころの丘 ショートステイ申し込み書
 新規申込み ・ 再度利用

平成 年 月 日

利用者氏名	ふりがな		男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日 歳
住所	〒				
連絡先	氏名	明・大・昭			続柄
	住所	〒			年 月 日 歳
利用目的	1 介護者の休養		希望利用期間		
	2 独居・老々介護		平成 年 月 日から		
現在の状況	3 機能訓練		平成 年 月 日まで		
	4 その他 (送迎の希望 (迎 送 なし)		
現在の状況	* 自宅		かかりつけ医 病名		
	* 入院中		病院名 病名 退院予定日		
	* 他施設入所中		施設名 退所予定日		
サービス利用状況	通所リハビリテーション		事業所名		/週 曜日
	通所介護		事業所名		/週 曜日
	訪問介護		事業所名		/週 曜日
	その他				
ADL	食事	自立	・ 一部介助	・ 全介助	
	排泄	自立	・ 一部介助	・ 全介助	(オムツ リハパン パッド 留置カテーテル ポータブル 尿器)
	移動	自立	・ 一部介助	・ 全介助	(杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子)
	入浴	自立	・ 一部介助	・ 全介助	(一般浴 ・ 特浴)
認知症	徘徊 暴言 暴力 収集行為 異食行為 昼夜逆転 被害妄想 記憶力低下 独語 大声 その他				
特別な処置	インシュリン 在宅酸素 褥瘡の処置 疼痛の看護 人工肛門 カテーテル等 その他				
内服薬	無 ・ 有 ()				
要介護度	要支援1	2	要介護1	2	3 4 5
介護保険有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
寝たきり度	J	A1	A2	B1	B2
認知症度	正	I	IIa	IIb	IIIa IIIb IV M
居室介護支援事業所	TEL				
担当介護支援専門員	FAX				
申込者氏名	続柄				
連絡先					