

# 特別養護老人ホーム こころの丘高山 ショートステイ申込書 新規申込み用紙

特別養護老人ホーム こころの丘高山 短期入所  
TEL 0577-33-0556 FAX 0577-33-0555

申込日 年 月 日

利用者氏名	ふりがな	男 ・ 女	明 大 昭  年 月 日 歳
住所	〒 TEL		
連絡先	氏名	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 歳	
	住所	〒 自宅TEL 携帯TEL	
利用目的	1 介護者の休養	希望利用期間	
	2 介護者の急用	年 月 日 昼食 ・ おやつ から	
	3 緊急受け入れ	年 月 日 朝食 ・ 昼食 ・ おやつ ・ 夕食 まで	
	4 その他		
送迎	送迎の希望 ( 迎 送 家族送迎 ) ※送迎時間は利用状況により変わります。 ※迎えは施設で昼食を食べられる方、送りは施設でおやつまで食べられる方に限られます。		
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 (米・軟飯・粥・ミキサー粥) (アレルギー等) (普通食・刻み食・ソフト食・ペースト食) (トロミ)	
	排泄	自立・一部介助・全介助 (オムツ ・ リハパン ・ パッド )	
	移動	自立・一部介助・全介助 (独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 )	
	入浴	自立・一部介助・全介助 (一般浴 ・ 椅子浴 ・ 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 褥瘡処置 疼痛看護 人工肛門 カテーテル 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
介護保険負担限度額認定	有 ( ) 段階 ・ 無 ・ 未定		
寝たきり度	J A1 A2 B1 B2	認知症度	正 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
担当	TEL  FAX		