

ショートステイ 申込書

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	明治				
氏名			男・女	大正	年	月	日生	満才
住所	〒						電話番号	
							- -	
保険状況 (該当または所持するものに○印をつけてください)								
・要介護区分(申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 区変中) ・介護保険負担割合()割 ・介護保険負担限度額認定証()段階 ・生活保護 ・障害認定()()級								
目的・希望・意見(介護で困っていること)等								
希望利用期間 ()日/1週間、()日/1か月								
緊急連絡先		氏名	関係	職業	住所		TEL・携帯	
	1				〒			
	2				〒			
医療の状況					現在の状況			
<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻、腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> その他 ()					1. 自宅で生活	主介護者		
					2. 通院中	病・医院名		
					3. 入院中	病院名	科	
					4. 施設入所中	施設名	病院	
心身の状況について					日常生活習慣について			
移動	1. 独歩 2. 杖 3. バギー 4. 車いす 5. 寝たきり				アレルギー食品	1. 無 2. 有()		
食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経管()				アルコール	1日の量()		
排泄	1. 自立 2. ポータブル 3. 介助 4. リハパン 5. オムツ				タバコ	1日()本位		
更衣	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				睡眠	1. 良い 2. 悪い 3. 服薬あり		
入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 機械浴				便通	1. 良い 2. 悪い 3. 服薬あり		
物忘れ	1. 無し 2. 時々 3. 著しい				尿	1日()回位		
居宅介護支援事業所名								
担当CM氏名					TEL			