

短期入所生活介護施設（ショートステイ）利用登録申請書

次の者について、貴施設の短期入所利用登録を申請します。

年 月 日

氏名		性別	男・女
住所	〒		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	歳
介護保険番号			介護度
保険者番号	市		

※介護保険証（表紙）の保険者番号並びに保険者の名称及び印の欄をご覧ください。

申込者

氏名 _____ 続柄 _____ 印 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

受付年月日 _____ 年 月 日 受付者 _____ 印 _____

※ 施設側記入欄ですので、ご記入しないで下さい。

※ この書類は、当施設を初めて利用される方に提出して頂きます。

利用依頼者状況調査書

① 申請の理由

② 対象者本人の生活歴

出身地 :
学 歴 :
職 歴 :
趣 味 :
その他 :

③ 本人の意思

④ 健康状態

⑤ 備 考

※ 出来るだけ詳しくご記入下さい。

※この調査書は、当施設の入所依頼以外、他の目的には使用致しません。

健康状態

医 療	入院期間	病名	病院名	
	S ~ S			
	H ~ H			
	R ~ R			
	過去になった病気：			
	現在の主な病気：			
	現在服用中のお薬 有・無（粉薬・錠剤・目薬・塗り薬・その他）			
	主治医（かかりつけ医師）			
	病院等の名称	医師名・受診科	医師科	
住所	電話番号			
身 体 と 日 常 生 活 動 作	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 耳元で大声（右・左） <input type="checkbox"/> 補聴器使用（右・左・両）		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用（有り・無し）		
	意思表示	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体出来る <input type="checkbox"/> できない		
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体出来る <input type="checkbox"/> できない		
	食 事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 流動食・その他（ ）	
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		食事方法	<input type="checkbox"/> 自分で食べる（箸・スプーン・フォーク） <input type="checkbox"/> 介助が必要（箸・スプーン・フォーク）	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 介助があれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	尿意（有り・無し） 便意（有り・無し）
	場所	<input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿瓶 <input type="checkbox"/> その他		
	立位	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 介助があれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない （杖・押し車・車椅子が必要）		
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 介助があれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
睡眠	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団（畳みの上） （ 時ごろ入眠）			
上記の状況及び介護上で困っている事など：				

※この用紙は、安全な利用を期するもので、他の目的には使用しません。

その他の状況					
精神状況	記憶障害 (最近の出来事を覚えていない)			失見当 (場所や時間など認識できない事)	
	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 中度		<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 中度
	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> なし
精神状況					
その他					
同居者とその他連絡先					
同居者	氏名	続柄	職業	表紙記載電話番号以外での連絡先と勤務先	
				電話	・
				電話	・
				電話	・
				電話	・
その他連絡先	氏名	続柄	職業	住所	電話番号
<p>※ 緊急連絡先は、同居者以外の方での家族・親族を表します。</p> <p>※ 同居者の方で、携帯電話の番号をご記入頂ける場合は、連絡先と会社名の欄にお願いします。(緊急連絡先の方は、電話番号の欄に記入して下さい。)</p> <p>※ 表紙記載電話番号以外での連絡先と会社名の欄は、必ず勤務先等をご記入して頂く必要はありません。</p> <p>※ 登録書提出時に、介護保険証の写し及び介護支援専門員(ケアマネジャー)からの情報提供書を添付して頂く事もあります。</p>					

※この用紙は、安全な利用を期するもので、他の目的には使用しません。