

特別養護老人ホーム 春香苑 ショートステイ申込書 (新規・継続)

お申し込み日		令和 年 月 日 ()			
ご利用者様	フリガナ	性別		男 ・ 女	
	氏名	生年月日		明 ・ 大 ・ 昭	
	被保険者番号			年 月 日 () 歳	
	介護度	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
住所	〒			電話	
主介護者様	フリガナ	続柄			
	氏名	電話			
	住所	〒		携帯電話	
				緊急連絡先	自宅・職場・その他()

【利用希望日】		送迎	備考
年 月 日 () ~	年 月 日 ()	要 ・ 不	
年 月 日 () ~	年 月 日 ()	要 ・ 不	
年 月 日 () ~	年 月 日 ()	要 ・ 不	

【利用者状況】	
歩行	自立・見守り・一部介助・全介助 (杖・歩行器・車椅子 [自走:可・不可])
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 (主食:常食・粥・ミキサ / 副食:常食・刻み・ミキサ)
嚥下状況	良好・普通・悪い (トロミ使用:無・有)
排泄	自立・誘導・一部介助・全介助 (尿意:無・有 / 便意:無・有)
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (機械浴 要・否)
かかりつけ医	病院名 _____ 主治医 _____ 先生 _____ 電話 _____
緊急時希望病院	1. _____ 2. _____ 3. _____ <input type="checkbox"/> 特になし
既往歴	
医療処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛管理(具体的に _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
①皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ②感染症 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ③アレルギー <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
目薬	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (内容)
外用薬	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (内容)
その他(亀用など)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (内容)
内服薬 (薬情があれば記入不要です。FAXで一緒に送ってください。)	朝(食前・食間・食後) 昼(食前・食間・食後) 夕(食前・食間・食後) 就寝前
特記事項	

居宅介護支援事業所名		担当介護支援専門員
事業所番号		
住所	〒	
	電話	FAX