

特別養護老人ホーム ひだまりの郷 短期入居利用申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日(施設にて記入)
受付者	(施設にて記入)			

担当者	居宅介護支援事業所:		
	担当ケアマネージャー:	TEL:	FAX:

主介護者	フリガナ	続柄	性別	生年月日
	氏名	()	男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)
	住所	〒 TEL: 携帯:		

緊急連絡先	氏名	続柄 ()	連絡先 携帯・職場
	氏名	続柄 ()	連絡先 携帯・職場
	氏名	続柄 ()	連絡先 携帯・職場

希望利用日	H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	送迎希望 (迎え・帰り・なし)	入浴希望 回	※受入(可・不可) 担当者
	H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	送迎希望 (迎え・帰り・なし)	入浴希望 回	※受入(可・不可) 担当者
	H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	送迎希望 (迎え・帰り・なし)	入浴希望 回	※受入(可・不可) 担当者

利用者の状況	フリガナ	性別	生年月日	
	氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)	
	住所	〒 TEL:		
	日常生活動作能力	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可	
		食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
			【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
		排泄	【日中】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
			【使用物品】 <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他	
		入浴	【夜間】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
			【使用物品】 <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		更衣	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴	
		更替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示すれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)	
		拘縮の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 肩関節・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝関節・ <input type="checkbox"/> その他)	
		移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 身体を支えれば可能 <input type="checkbox"/> 不可	
	座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子や背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可		
視力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 見え難い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 聞こえ難い <input type="checkbox"/> 耳元で大声 <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			
言語	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 全く話せない			
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚症状 <input type="checkbox"/> 暴言・大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 1人で出たがる <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い			
不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり			
医療的処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他()			
協力医療機関(緊急時の救急搬送先)		病院名:		

担当ケアマネージャー様

※ 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証(該当者)・診療情報提供書等・服薬情報・ケアプラン・その他利用者の情報等の写しを、初回・変更時にご提出ください。