

ショート利用申込書

唐松荘短期入所生活介護事業所
所長 池田 泉 殿

令和 年 月 日

ふりがな	からまつ あいこ		性別
氏名	唐松 愛子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日生 (<input type="radio"/> 歳)		
現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 番地 岡山県 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 番地 電話番号 <input type="text"/> 0867- <input type="text"/> - <input type="text"/>		
本籍	岡山県 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 番地		
介護保険認定情報	被保険者番号	<input type="text"/>	保険者番号 名称 <input type="text"/> <input type="text"/> 市
	要介護認定区分	要支援()・要介護1・要介護2・ <input checked="" type="radio"/> 要介護3・要介護4・要介護5	
	認定の有効期間	H <input checked="" type="radio"/> R <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 ~ R <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	
後期高齢者医療被保険者証	被保険者番号	一部負担金の割合	
	保険者番号	<input type="text"/>	有効期限 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
老人保健法医療受給者証	市町村番号	受給者番号	
重度心身障害者医療費受給資格証	負担者番号	受給者番号	
居宅サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護(<input type="text"/> 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(<input type="text"/> 回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(<input checked="" type="radio"/> 4回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(<input checked="" type="radio"/> 4回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(<input type="text"/> 回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(<input type="text"/> 回/月)		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(<input type="text"/> 日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(<input type="text"/> 日/月)		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(<input checked="" type="radio"/> 1品目) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(<input type="text"/> 回/月)		
介護者の状況(身元引受人)	ふりがな	からまつ たろう	利用者との続柄 夫
	氏名	唐松 太郎 <input checked="" type="radio"/>	生年月日 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 番地 岡山県 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 番地 電話番号 <input type="text"/> 0867- <input type="text"/> - <input type="text"/>	

入所申込者状況調

1. 身体および日常生活介護の状況		該当の箇所へレ点をお付けください
ア 移動について	<input type="checkbox"/> 一人でする(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> ねたきり	
イ 起き上がりについて	<input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない	
ウ 寝返りについて	<input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない	
エ 食事の摂り方について	<input type="checkbox"/> 一人で食べる (<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 多少介助している <input type="checkbox"/> すべて介助している	
オ 食事の内容について	<input type="checkbox"/> 経管栄養 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミンチ <input type="checkbox"/> ミキサー	
カ 排泄について	<input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 尿便意なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おしめ	
キ 入浴について	<input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> 拭くのみ	
ク 着脱衣について	<input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない	
ケ 視力について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	
コ 聴力について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
サ 言葉について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
シ 床ずれについて	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	
2. 精神の状況		
(1) 性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> こり性	
(2) 精神状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり ()	

3. 認知症状の状況 該当の箇所へレ点をお付けください

ア 自分の部屋やトイレ等の場所を間違える。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
イ 落ち着きがなく、家の中をうろうろする。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ウ 外出して、迷子になることがある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
エ 昼と夜の区別がつかないで、夜 声を出す。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
オ 物をしまい忘れ、なくなったと言って騒ぐ。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
カ オシメはずしや使いじりなど、不潔な行動がある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
キ タバコやマッチなど火の不始末がある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ク 事実でないことを事実だと思い込む。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ケ 何でも物を集めてきて、しまいこむ。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
コ 食事をしたことを忘れ、すぐ食べたがる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
サ 目にふれる物を何でも口に入れたがる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
シ 介護等の際、抵抗したり攻撃的な行動をとる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ス ひとりごとを言う。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
セ 興奮し騒ぎたてる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない

4. 身体状況および介護上の注意点要望など

痛み → 有・無 (部位 膝関節・腰)

麻痺 → 有・無 部位)

注意点 → 注意点をお書きください

要望 → ご要望をお書きください

5. 家族の状況 (緊急連絡先)

	氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号
同居者	唐松太郎	夫	S0年0月0日	無職	岡山県〇〇市 △△ □□番地	0867 〇〇-〇〇〇〇

	氏名	続柄	住所	電話番号	携帯電話番号
緊急連絡先	① 唐松太郎	夫	〇〇市△△ □□番地	0867-〇〇-〇〇〇〇	090-0000-0000
	② 唐松一郎	長男	〇〇市△△ □□番地□	0867-〇〇-〇〇〇〇	080-0000-0000
	③				
	④				