

特養なにわショートステイ（短期入所）利用申込書

利用者	ふりがな 氏名	様	男 女	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）	
	住所	〒			
	電話番号				
	要介護認定	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
申込者	ふりがな 氏名		続柄		
	住所	〒			
	連絡先				
利用目的					
希望利用日時 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）					
居宅介護支援 事業所名			連絡先	TEL	
				FAX	
			担当 ケアマネージャー		
緊急 連絡 先	氏名	続柄	連絡先（携帯電話もあれば記入お願い致します）		
	①				
	②				
	③				
	④				
主治 医	医療機関名		医師名		
	所在地				
	TEL				
介護保険負担 限度額認定証	1段階・2段階 3段階・4段階 いずれかに○を つけて下さい	社会福祉法人等利用者 負担軽減確認 あり・なし いずれかに○をつけて下さい	介護保険負担割合証 1割・2割 いずれかに○をつけて下さい。		

【必要書類】

- ① 利用申込書
- ② 日常生活動作調査表
- ③ ○○さんを知る為のシート
- ④ 診断書（既往歴・血液検査の結果・服薬内容のわかるもの）

【ショート利用までの流れ】

特養なにわに必要書類を送る→頂いた情報を医務にも確認し、ショートで対応可能か総合的に判断致します→対応可能であればご本人様の現状の把握のために面接を設定します→日時の細かな設定・契約→ショートご利用となっております。

日常生活動作調査表

氏名	様	(年	月	日)
食事	自力：一部介助：全介助 飲み物 自立：一部介助：全介助 (コップ：らくのみ) 水分補給(有 無)：ジュース：お茶(とろみ有)：水ゼリー：その他() 主食： ご飯 :お粥 :ブレンダー むせやすさ (有 無) 副食： 普通：刻み：極刻み：ブレンダー 食べこぼし (有 無) 朝食： 箸：スプーン (大：小)：フォーク タオル :ゴム付タオル :エプロンタオル 食べられない物 () アレルギー (有 無) 歯： 自分の歯 (上：下)：一部入れ歯 (上：下)：総入れ歯 (上 下) 手入れ方法： ホリデント：ブラッシングのみ (特記事項→)				
排泄	自立：一部介助：全介助：誘導 バルーン：ストマー 陰洗 (有 無) 日中： トイレ：Pトイレ：尿器：オムツ 普通のパンツ：紙パンツ (S：M：L) 夜間： トイレ：Pトイレ：尿器：オムツ パット (普通：ワイドエアリー：ロングエアリー： 小便 (回/日) 大便 (回/日) シート：シートギャザー：なし) 尿意 (有 無) 便意 (有 無) 失禁 (有 無) 便秘時の対応 (様子観察：便秘薬服用→ 日 (-) で 服用 浣腸： 日で (特記事項→)				
移動	屋内： 独歩：杖歩行：伝い歩き：歩行器：押し車：車椅子：職員の手引き歩行 屋外： 独歩：杖歩行：伝い歩き：歩行器：押し車：車椅子：職員の手引き歩行 歩行： 自立：見守り：一部介助：全介助：不可 車椅子： 自力：一部介助：全介助 乗り降り： 自力：一部介助：全介助 起立： 自力：一部介助：全介助：不可 徘徊センサー：座コール：ベットコール (要 不要) 座位保持： 保てる：背もたれ必要：不安定 転倒の危険性 (有 無) 脱施設の可能性 (有 無) (特記事項→)				
入 浴	一般浴：リフト浴：特浴 洗身： 自立：一部介助：全介助				
更 衣	自立：一部介助：全介助 入浴 (好き 嫌い)				
視 力	普通：見えにくい (右 左) 見えない (右 左) 眼鏡 (有 無) 目薬 (有 無)				
聴 力	普通：聞こえにくい (右 左) 聞こえない (右 左) 補聴器 (有 無)				
意思疎通	日常会話ができる：簡単なことのみ：困難 認知症 (有 無)				
睡 眠	起床 時 就寝 時 夜眠れる：昼間も眠る：夜眠れない				
服 薬	有 無 湿布 (有 無) 時 軟膏 (有 無) 時 薬剤アレルギー (有 無)				
嗜 好	煙草 (有 無) 本/日 ビール 酒 (飲む 飲まれない) /日				
行動障害	物忘れが：少し：ひどい 同じことを繰り返す 食べた事を忘れる 物を集める				
	物がなくなったという 昼夜逆転 不潔行為 徘徊 幻覚 妄想 興奮				
	大声を出す 怒鳴る 介護抵抗がある				
	その他()				
	身長 c m 、 体重 k g 延命 (希望 ・希望しない)				

さんを知る為のシート

入所日 年 月 日 記入日 年 月 日 印

氏名 様 生年月日 M・T・S 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 - 性別 男・女

本籍地 身長 cm 体重 kg

身元引受人氏名 続柄 TEL

緊急連絡先住所

さんのこれまで

生 活 歴	
出生地	
⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒	
お仕事	学校
結婚歴 (旧姓・子供の有無)	苦勞話し
趣味	食へのこだわり
自慢	
好きな音楽	利用前に仲良くしていた方
信仰	以前によく行った場所
おしゃれ	
口癖	お風呂へのこだわり
今までの大きな病気・怪我	

さんはこれが好き・嫌い

好き
嫌い

さんの家族からみた性格

さんと家族の方の思い・願い

診 断 書

特別養護老人ホーム : なにわ・さくら・アシステンツァ桜川

介護老人保健施設 : 健勝園九条

介護付有料老人ホーム : プラウドコート晴明通・健勝園なんば

氏 名			M T S	年	月	日(歳)	
	男・女		身長	cm	体重	kg	
住 所	連絡先: ()						
既往歴			薬剤禁忌		無・有 ()		
			アレルギー		無・有 ()		
			視力(眼鏡 要・不要)		聴力(補聴器 要・不要)		
			右	左	右	左	
病 名 所 見 及 び 処方内容			血圧(/)				
			胸部所見 (直接・間接)				
			異常なし				
			異常あり				
			(年 月 日撮影)				
			心電図 所見				
			尿検査	蛋白	糖	潜血	
				()	()	()	
検査所見	<input type="radio"/>	血液型	Rh()				
		HBs抗原	MRSA 無・有(部位:)				
		HCV抗体	疥癬 無・有(部位:)				
		梅毒検査	<input type="checkbox"/>	その他の伝染性徴候 無・有()			
		赤血球数	<input type="checkbox"/>	血沈	1時間値	mm	2時間値
		白血球数		TP		T-cho	
		Hb		Alb		<input type="radio"/>	尿酸
		Ht		GOT(AST)		<input type="radio"/>	T G
		血小板数		GPT(ALT)			BUN
		FBS	<input type="radio"/>	Na			Cre
		CRP		K		<input type="radio"/>	HbA1c
介護サービス 利用についての 留意事項 (入浴・食事) (機能障害・麻痺等)							
上記の通り診断します							
住所 医療機関名 医師名			年 月 日				
			㊞				

注意 : 印については特別養護老人ホーム 印については老人保健施設には必要ありません。