

特別養護老人ホーム さくら 短期入所 申込書 (1)

受付担当者		申込日	年 月 日
		受付日	年 月 日

申込者	フリガナ		続柄		生年月日	
	氏名				明治・大正・昭和	年 月 日
	電話 (連絡先)	自宅				
		携帯電話				
	勤務先				(会社名)	

利用者	フリガナ		性別		生年月日		年齢
	氏名		男・女		明治 大正 昭和	年 月 日	歳
	住所	〒 ー					
	電話	昼		夜			

介護保険	要介護度		保険者		被保険者番号	
	認定日		年 月 日		介護負担割合証	割 まで
	認定有効期間		年 月 日 ~		年 月 日	
	介護負担限度額認定証	段階	まで	その他手帳など		
	居宅介護支援事業所名					
	連絡先					
	介護支援専門員名					
現在受けている居宅サービス (該当するものに○)	デイケア デイサービス ショートステイ ヘルパー 訪問看護 訪問リハビリ その他(					

家族構成	氏名	続柄	住所	電話

生活歴	利用者の兄弟関係	人兄弟の 番目(男 人・女 人)	血縁者構図
	職歴		
	子供	男 人・女 人	
	生活背景		

特別養護老人ホーム さくら 短期入所 申込書 (2)

食事	主食	ご飯 粥 ミキサー				使用物品	箸 スプーン フォーク	
	副食	常食 きざみ ソフト食 ミキサー					エプロン その他( )	
	摂取動作	自立 見守り		一部介助 全介助		経管栄養		
移動	独歩 手引き歩行 歩行器 手押し車				移動介助	自立 見守り		
	車椅子(普通型 リクライニング) 寝たきり					一部介助 全介助		
排泄	排泄動作	自立 見守り		一部介助 全介助				
	排泄物品	リハビリパンツ オムツ ポータブルトイレ トイレ 尿器 その他( )						
入浴	入浴動作	自立 見守り		一部介助 全介助		(一般 リフト 特浴)		
日常生活自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2						
認知症自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
行動障害	物忘れ(少しある ある ひどい) 大声を出す 暴力をふるう 幻覚 妄想 同じことを繰り返す(具体的に )							
	(その他日常生活で支障となる行動障害があればご記入ください)							
	(答えられる項目に○をつけて下さい) 名前 生年月日 年齢 季節 家族の顔がわかる 家族の名前 自分のいる場所							
既往歴					現在治療中の病名			
現在服用中の薬								
入院歴	年月日	入院に至った病名			手術の有無		病院名	
					有 無			
					有 無			
					有 無			
					有 無			
					有 無			
現在の状況	在宅(同居 別居) 介護老人保健施設入所(施設名: ) 入院中(病院名: )							
初回利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日							
利用したい希望日数	(例: 毎週 土日月 を希望)							