

ショートステイ・デイサービス 利用申込書

アトリエ村・風かおる里・菊かおる園・上池袋豊寿園・長崎第二豊寿園

※希望施設およびサービスを○で囲んでください。

記入日:平成 年 月 日

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日	(歳)
	住所					
	電話番号	(自宅)	(携帯)			
	被保険者番号		保険者			
	認定結果	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)	認定年月日	平成	年	月 日
	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	(※)利用希望日	月・火・水・木・金・土	(※)入浴	あり・なし	(※)リハビリ	あり・なし
	(※)認知症の自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	(※)・・・デイサービス希望者のみ記入してください。			
負担割合	1・2割	負担限度額認定証	無・有(第 段階)・生保			
緊急連絡先	フリガナ	連絡先	自宅		(家族構成)	
	氏名		携帯			
	住所		その他			
居宅介護支援事業所名		電話	担当CM			
主治医	病院名	主治医	電話			
現病名						
既往歴						
現在の内服薬						
感染症	有 (MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ 結核 ・ その他()) ・ 無					
医療行為	・有 (褥瘡 ・ 尿管カテーテル ・ 人工肛門 ・ 経管栄養 ・ インシュリン注射 在宅酸素 ・ 吸引 ・ 胃ろう ・ 他 ()) ・無					
本人の状況	食事形態	主食:	副食:	水分:	義歯	上(全・部分)・下(全・部分)・無
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	(特記事項)
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	
		独歩	杖	歩行器	車椅子	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺 有()無
	座位	自立	見守り	一部介助	全介助	
	立位	自立	見守り	一部介助	全介助	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助				
		トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ				
	視力	普通・不自由()		聴力	普通・やや困難・困難・補聴器(右・左)無	
意思疎通	普通・やや困難・困難・非常に困難			環境	布団・ベッド	
認知症行動障害	徘徊・帰宅願望・収集・大声・拒否・昼夜逆転・作話 失見当識・幻覚・被害妄想・興奮・抑うつ・意欲、関心の低下					
(申込み理由)						