

# 短期入所生活介護 ・ 通所介護 利用申込書

## アトリエ村 ・ 風かおる里 ・ 菊かおる園 ・ 長崎第二豊寿園

記入日: 令和 年 月 日

※希望施設およびサービスを○で囲んでください

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		(※)・・通所介護希望者のみ記入ください。			
	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	続柄( )		携帯			
	住所			その他			
居室		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 ※受入の可否に関わるため、事前にご相談ください。		

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					(特記事項)	
		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							

**短期入所生活介護 ・ 通所介護 利用申込書**  
**アトリエ村 ・ 風かおる里 ・ 菊かおる園 ・ 長崎第二豊寿園**

(申込み理由)