

短期入所生活介護事業利用申込書(年 月分)

申し込み日 年 月 日

(フリガナ) お名前	生年月日 年 月 日		歳	男・女
住所	電話番号 ()			
被保険者番号	要介護度	要支援 要介護	1・2 1 2 3 4 5	
介護者氏名	利用者との続柄			
介護者住所 電話番号	電話番号 ()			
希望日	1・ 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間			
	2・ 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間			
	3・ ~ の間の 日間			
送迎希望	有 (往復 ・ 往路のみ ・ 帰路のみ)			無
申請理由	介護者の休養 介護者不在 将来的に施設利用を希望 *できるだけ詳しく記入してください			
上井草園の ショートステイ	利用有り (年 月)	身体状況の 変化	有 (身体状況調書提出)	
	利用無し		無	
居宅支援 事業所名	介護支援 専門員名			
居宅支援 事業所住所	居宅支援 事業所 電話/FAX		電話番号 FAX番号	() ()
特記事項				
福祉サービスの利用状況				
① 上井草ふれあいの家利用			有	無
② 訪問看護 (事業所名)			有	無
③ 他施設のショートステイ (施設名)			有	無

※ 新規の場合と身体状況に変化があった場合は、身体状況調書の提出をお願いいたします。

TEL 03-3394-1094

FAX 03-3394-9832

番号	調整会議	入力日
受付日	身体調書 有・無	連絡日

身体状況調書		ふりがな		記入日	年	月	日
		お名前		記入者			
				関係			
視力	・眼鏡 (有・無) ・普通 ・白内障 (左・右) ・見えにくい(左・右) ・緑内障 (左・右) ・見えない(左・右) ・その他			睡眠	・良 就寝時間 時～ 時 ・不良 ・眠剤 (有・無) ・夜間帯のご様子		
聴力	・普通 (左・右) ・聞こえにくい (左・右) ・ほとんど聞こえない (左・右) ・まったく聞こえない (左・右) ・補聴器 (左・右)			言語	・普通 ・はっきりしない ・やっと通じる ・ほとんど話せない ・意思疎通 (可・不可)		
座位	・自立 ・自分で支えられる ・背もたれがあれば可 ・不可			食事	・自立 ・時間がかかるが自立 ・一部介助 ・全介助 ・食事時間 分程度 ・箸 ・スプーン ・エプロン		
歩行	・独歩 ・杖 ・歩行器 ・伝い歩き ・付添歩行 ・車椅子 (自操 ・ 介助) ・ふらつき ・小刻み歩行			食事形態	・常食 ・刻み ・極刻み ・お粥 ・ミキサー ・ペースト ・禁食		
入浴	・介助浴 (好き ・ 嫌い) ・リフト ・機械				・嫌いなもの		
排泄	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・ポータブルトイレ使用 ・オムツ ・リハビリパンツ ・パッド (夜のみ ・ 昼夜) ・失禁 (有 ・ 無) ・尿意 (有 ・ 無) ・便意 (有 ・ 無) ・排便コントロール有 (下剤種類) 無			義歯	・総義歯 ・上顎 ・下顎 ・部分 () ・夜間 外す 外さない		
				歯磨き	・自立 ・時間がかかるが自立 ・一部介助 ・全介助		
マット使用	・有 ・無	就寝時の対応	・ベッド (柵 点) ・布団	変体換位	・自立 ・時間がかかるが自立 ・一部介助 ・全介助		
認知症	・無 ・疑いあり ・有 ・徘徊 (有 ・ 無) ・問題行動 (幻覚 妄想 攻撃的行動 不潔行為 昼夜逆転 異色行為 収集癖 その他) *できるだけ詳しく記入してください						
処置療							
既往症							
意見欄	* 当施設のショートステイご利用に当たって留意することなどありましたら、ご記入ください。						