

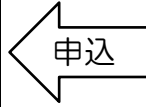
新規 再

ショートステイ申込書

令和 年 月 日

事業所番号

施設名	特別養護老人ホーム花みずき
担当者	長富 恭子
TEL	03-6436-8899
FAX	03-3765-0266



事業者名	
担当者	
TEL	
FAX	

生活保護受給者は対象外となります。

利用者氏名	フリガナ 名前	様 男・女	生年月日	大正 昭和 ○ ○	年	月	日/	歳
	住所	〒 大田区					負担割合	割
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	被保番		負担段階		段階	
	申込者名	(関係)	緊急連絡先	TEL				
	家族状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	申込理由	介護者の(休養・病気・冠婚葬祭) ・本人の希望 その他 ()						

基本動作	麻痺	なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢 拘縮：なし・あり 筋力低下 廃用性症候		
	可動域制限	なし・肩関節・肘関節・手指・股関節・膝関節・足関節 屈曲制限/伸展制限 右/左		
	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		その他注意点 身長 _____ cm / 体重 _____ Kg
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		
	移乗動作	自立・見守り・一部介助・全介助・不可		

A D L 状況	移動	フリー歩行(自立・見守り・伝い歩き・介助) 1本杖・4点杖・車いす(自走 介助)・歩行器 転倒の可能性(大 中 小) その他注意点▶	
	排泄	自立・誘導・一部介助・全介助 / 普通の下着・ポータブル・リハパン・パット・オムツ その他注意点▶	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・水分(普・トロミ)、入れ歯(自歯・義歯[全部・一部]) 主食(普・軟飯・粥・ミキサー・ゼリー粥) 副食(普・一口大・刻み・ソフト・ミキサー) その他注意点 アレルギー・禁食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有▶ 箸・スプーン・自助具	
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴	介助の内容▶

医療情報	自立度	日常生活自立寝たきり度 : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	認知症	問題行動 徘徊 同じ話の繰返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 暴力 見当識障害 不潔行為 声出し 多動 セクハラ

現病名・感染予防のため、感染症の有無・結核の罹患(口答可)、薬情をお知らせください。

医療処置	インスリン注射 経管栄養(経鼻・胃ろう) エアーマット使用 有・無 尿道留置カテーテル ストーマ 吸引 その他()
------	---

希望	第1希望	令和 年 月 日 曜日 ~ 令和 年 月 日 曜日
	第2希望	令和 年 月 日 曜日 ~ 令和 年 月 日 曜日
	希望なし	いつでも可 / (ただし 月の上・中・下旬 頃に 泊 日くらい希望)
	キャンセル待ち	希望する 希望しない 備考

注：(施設内の事防止のため、面接時の記入情報が著しく違うと認められる場合は、利用不可となる場合があります。)



可・不可 施設送迎・家族送迎

※日・祝は施設送迎ありません。

送迎範囲は施設より半径2km以内です。

月 日() ~ 月 日()