

ショートステイ利用申請書

介護老人福祉施設 紫水園 殿

| | | | | |
|-----|----|---|---------|--|
| 申請者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | 印 | | |
| | 電話 | | 利用者との続柄 | |

ショートステイの利用を希望しますので、下記の事項を遵守します。

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|-------|-----|-----------|---|-------|-------|-----------|--|---------|
| 利用者 | フリガナ | | | | 男 女 | 生年月日 | 〒 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | 住所 | | | | 電話 | | | | | | |
| 利用期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | |
| 送迎 | あり (独歩 車椅子 ストレッチャー) なし | | | | | | | | | | |
| 介護保険証 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(認定申請中) | | | | 介護保険減額認定証 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| 要介護度 | 要介護 1 | | 要介護 2 | | 要介護 3 | | 要介護 4 | | 要介護 5 | | 要支援 1 2 |
| 健康保険証 | | 後期高齢者医療 | | | 番号 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 国保 | | 記号: | | | 番号: | | 保険者名 区市町村 | | |
| 緊急時の連絡先 | 氏名 | | | | | 利用者との続柄 | | | | | |
| | 住所 | | | | | 電話 | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 介護者 | 備考 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | | 事業所番号 | | | |
| 事業所の担当者名 | | 様 | | | | | | 電話 | | | |

遵守事項

- 1 利用施設と緊密な連絡をとるように努めます。
- 2 利用期間中は施設長及び施設職員の指示に従います。
- 3 利用期間が終了したとき、または利用が中止されたときは速やかに利用者を引き取ります。

身体状況等調書②

本人氏名 _____ 様

該当する項目に○印を付けてください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

| 認知症の有無 | な い | 時々ある | 常にある | 備 考 |
|------------------|--------------------------|------|------|-----|
| 生年月日がわからない | | | | |
| 年齢がわからない | | | | |
| 日付・季節がわからない | | | | |
| 用事を忘れる | | | | |
| 故人の認識ができない | | | | |
| 直前にあったことがわからない | | | | |
| 居場所がわからない | | | | |
| 身近な家族の認識ができない | | | | |
| 物を盗まれるなどという妄想がある | | | | |
| 幻聴・幻覚がある | | | | |
| 作り話をする | | | | |
| 興奮しやすい | | | | |
| 睡眠障害がある | | | | |
| 昼と夜の区別がつかない | | | | |
| 徘徊をする | | | | |
| 帰宅欲求がある | | | | |
| 異食がある | | | | |
| 不潔行為がある | | | | |
| 大声や奇声をあげる | | | | |
| 不安が強く絶えず介護者を呼ぶ | | | | |
| 他人と自分の物の区別がつかない | | | | |
| 暴力を振るうことがある | | | | |
| その他 (_____) | | | | |
| 認知症はいつ頃から？ | _____ 年 _____ 月頃より出始めている | | | |