

## 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			