

## ショートステイ利用申請書

介護老人福祉施設 第二紫水園 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	生年月日	明・大・和			
	氏名				女		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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		後期高齢者医療		番号					
			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

本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

該当する項目にレ点を付けてください（複数回答可）。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在

行動範囲	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 介助があれば外出できる <input type="checkbox"/> 家の中なら動ける <input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり		
歩 行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要である <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	<input type="checkbox"/> 杖などを使用すればできる <input type="checkbox"/> つたい歩きならばできる <input type="checkbox"/> その他 ( )	
食事の内容			
主 食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )		
副 食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
食 事	<input type="checkbox"/> 箸を使用できる <input type="checkbox"/> 介助が必要である	<input type="checkbox"/> スプーンを使用できる <input type="checkbox"/> その他 ( )	
食 欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりない		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度介助が必要である	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要である
入 浴	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度介助が必要である	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要である
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレを使用 (昼・夜) <input type="checkbox"/> おむつを使用 (昼・夜)	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 (昼・夜) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
失 禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
便 通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 便秘しがち	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい
視 力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 両眼とも見えない	<input type="checkbox"/> 片方 (右・左) のみ見える <input type="checkbox"/> その他 ( )	
聴 力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 補聴器を使用している	<input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない (両耳・右・左)	
言 語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 話せるが聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 少し舌がもつれる <input type="checkbox"/> 話せない【手話・筆談・その他 ( )】	
睡 眠	<input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> たまに薬を飲む	<input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> 常時、薬を飲んでいる	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> ピリン <input type="checkbox"/> ペニシリン <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> さば <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ない		
嗜好その他	お酒は…… <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 煙草は…… <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない 入歯は…… <input type="checkbox"/> ある【上 (全部・部分) 下 (全部・部分)】 <input type="checkbox"/> ない		
意思の疎通	本人から介護者への伝達は <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な会話なら伝えることができる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度ならば伝えることができる 介護者から話しかけの理解は <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な内容ならば理解できる <input type="checkbox"/> できない		
主治医からの注意事項			
その他特記事項 (自宅での様子等)			