

ショートステイ利用申込書①

年 月 日

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ご利用者	氏名			男・女	明・大・昭 年 月 日生 (歳)				
	住所	〒			電話				
お申し込み者	氏名			続柄	電話 携帯				
	住所	〒							
緊急連絡先①	氏名			続柄		氏名			続柄
	電話	自宅 :			緊急連絡先②	自宅 :			
		携帯 :				携帯 :			
		勤務先 :				勤務先 :			

利用希望期間	年 月 日 () 午前・午後～ 月 日 () 午前・午後
利用理由	家族の疾病・冠婚葬祭・出張。利用者・家族の身体的・精神的負担の軽減

要介護度	申請中・要支援・要介護 ()	有効期限： 年 月 日～ 年 月 日
サービス利用状況	デイサービス ショートステイ 訪問介護 その他 ()	
居宅介護支援事業者名	電話	
ケアマネジャー名		
身体障害者手帳	無・有 () 種 () 級 障害名	
被爆手帳	無 ・ 有	
かかりつけ医	受診頻度 週・月 () 回 電話	
急変時連絡希望医療機関	電話	

ショートステイ利用申込書②

既往症 (今までに罹った病気)		現病歴 (現在治療中の病気)	
薬／		医療情報／ バルーン・ストーマ・経管栄養 インスリン・人工透析 (曜) 感染症 ()	
移動／自立・杖・歩行器・車椅子(自走・介助)		立位／可・つかまれば可・困難	
食事／自立・見守り・一部介助・全介助 普通食・腎臓食・糖尿食・抗潰瘍食／ 粥・刻み・ミキサー 好きな食べ物 嫌いな食べ物 アレルギー		排泄／自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・ 夜のみオムツ 尿意：有・時々有・無／便意：有・時々有・無	
		入浴／自立・見守り・一部介助・全介助	
		更衣／自立・見守り・一部介助・全介助	
麻痺／無・有 (左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・他)		認知症／無・有	
拘縮／無・有 (肩・肘・股・膝・足首・他)		意思の疎通／可・概ね可・時々可・困難	
困っている事 (徘徊・不眠・不潔行為等)			
心配な事			
希望 (本人) (家族)			
その他			