

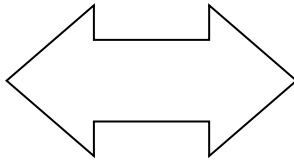
新規

短期入所生活介護サービス提供

利用申込（初回）

令和 年 月 日

事業所名：**美空の郷**
短期入所生活介護
担当者名：水谷 純也
TEL：0574-66-6200
FAX：0574-66-6205



事業所名：_____
担当者名：_____
TEL：_____
FAX：_____
事業所番号：（ _____ ）

利用希望日 令和 年 月 日（ ） 家族 施設 ~ 令和 年 月 日（ ） 家族 施設

送迎時の要望

利用者基本情報	フリガナ					
	氏名	様（独居・日中独居・同居）				
	生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）				
	住所					
	主介護者氏名	様	続柄		TEL	
	要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
		申請中・区分変更中（ _____ ）				
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階			

利用者状態情報	自立度	（ J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ）		認知度	（ 認知症なし Ia Ib IIa IIb IIIa IIIb IV M ）	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養	義歯の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	その他	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> 在宅酸素		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	使用介護用品	<input type="checkbox"/> 杖（T字・四点） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	個別機能訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※詳細につきましては面談時に確認いたします			
	利用中の他サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> なし ※通所、短期入所だけで結構です				
	利用中の他事業所名			利用頻度		
その他(特異な行動等、特記すべき点)						

医療情報	主治医		感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
	既往歴	※発生日もご記入ください			
	現病歴	※発生日もご記入ください			
	その他	※インスリン、褥瘡の処置の有無などその他医療行為があればご記入ください。			

