

# みたか紫水園 ショートステイ利用申請書 ・ 日程決定通知書

申請者 居宅介護支援事業所名  
 担当ケアマネージャー名  
 連絡先

※ 申請は担当ケアマネージャーになります。

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。

<b>利用者</b>	ふりがな 氏名 _____ 様 生年月日 _____ (大正・昭和) 年 月 日 ( 歳) 住所 〒 _____ 要介護度 _____ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 介護保険番号 _____ 介護保険負担割合 _____ 割 介護保険認定有効期間 _____ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 介護保険負担限度額認定証 (あり・なし・申請中)	男女	
<b>連絡先①</b>	氏名 _____ 住所 _____ 連絡先 _____	続柄 _____	
<b>利用希望日</b>	平成 年 月 日 ( ) ~ _____ 月 日 ( ) 平成 年 月 日 ( ) ~ _____ 月 日 ( ) ※ 日程により利用日の調整が入りますのでご了承ください。 特記事項 (入所・退所の希望曜日・希望の週・複数回利用希望等)		
	送迎 (あり・なし)		

- 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。

下記の日程でのご利用となりますので、ご家族にお伝え下さい。

みたか紫水園記入欄

平成 年 月 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 日 ( )

平成 年 月 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 日 ( )

状況表①

記入日 年 月 日

氏名		生年月日		( 歳 )		記録者
		( 男・女 )		様		年 月 日生
病歴(病名、発症・受傷年月、手術歴等)						
1、		3、				
2、		4、				
5、						
6、						
介護状況	自立	見守り	声掛け	一部介助	全介助	
移動						独歩 杖( ) 補装具使用( ) 立位保持・・・安定・つかまれば可・不可 車椅子 リクライニング式
移乗						シルバーカー 歩行器 歩行状態・・・安定・不安定・不可
食事						主食・・・米飯・軟飯・粥・粥ミキサー 副食・・・常菜・一口大・刻み・極刻み・ペースト ムセ(+-) トロミの具合(なし・弱め・普通・強め) 食事量(多・普・少) 禁食・・・なし・あり(嗜好・内服薬によるものなど。また、その代替) 服薬・・・自己管理・手渡しで内服確認・口に入れる・オブラート・トロミ・混ぜる・拒否あり
排泄						トイレ(昼・夜) ポータブルトイレ(昼・夜) オムツ(昼・夜) 失禁(あり・なし) 普通のパンツ・漏れ対策パンツ・リハビリパンツ・オムツ・パット 便通・・・普通・不定期・便秘しがち・下痢しやすい・その他( ) バルーン・尿器・その他
整容						口腔・・・自立・介助(ハブラシ・スポンジ・ガーゼ・うがいのみ) 義歯・・・上(全部・部分) 下(全部・部分) 漬け置き・・・ 髭剃り・・・自立・介助(電動・T字カミソリ)
更衣 (含:靴、装具の着脱)						
入浴						浴槽の種類・・・(普通・リフト・特殊・シャワーのみ)
コミュニケーション	言語:話せる・舌がもつれる・話せるが聞き取りにくい・話せない 意思疎通:出来る・簡単なら出来る・出来ない・はい、いいえ程度 理解度:出来る・簡単なら出来る・出来ない					その他
心身機能	マヒ等(有・無) 聴力 右上肢: 右手指: 聞こえる・大声なら聞こえる 右下肢: 聞こえない(両耳・右耳・左耳) 左上肢: 左手指: 左下肢: 補聴器使用(両耳・右耳・左耳) 視力 見える・片方見える(右・左)・両眼とも見えない・その他( )					その他
心理	睡眠・・・眠れる・あまり眠れない・たまに薬を飲む・常時薬を飲んでいる 精神状態・・・					
アレルギー	無・有 食品(卵・牛乳・青魚・蕎麦など)・花粉・ハウスダスト・薬 具体的に・・・					
嗜好、その他	お酒 : 飲む・飲まない 煙草 : 吸う・吸わない		趣味・習慣など			
※その他の特記事項						

# 医療情報

作成年月日( )

氏名 :		( 男 ・ 女 )	記入者
生年月日 :		( 歳 )	
住所 :			
緊急連絡先	①	( 続柄 )	
	電話	住所	
緊急連絡先	②	( 続柄 )	
	電話	住所	
家族構成図		職歴	
制度	要介護度: 介護保険負担限度額認定証: 無 ・ 有 ( 1 ・ 2 ・ 3 )		
	障害等認定 ( 身障 ・ 精神 ・ 難病 ・ 療育 )		
主治医 ( 病院名 ・ 科 )			
処方薬			
既往症 ( 疾患 ・ 発症年 ・ 医療機関 等 )			
感染症(HCV・HBs) 有 ・ 無			
状況 等			

※ この用紙はサービス担当者が記入して下さい。

みたか紫水園