

ケアホーム足立 ショートステイ 利用申込書(新規)

相談員	ショート	看護師

利用申込日	令和 年 月 日 ()	利用形態	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期(予防)
利用希望者	フリガナ 氏名	様	生年月日 M・T・S 年 月 日 ご年齢 歳 性別 男性・女性
	住所	〒	
	電話番号		申請中・区分変更中 月 日付
	介護保険 情報	被保険者番号 負担割合	要介護度 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
	介護保険負担限度額認定証	なし(区民税課税世帯)・あり(第一段階・第二段階・第三段階)	
現在の 生活 場所	自宅(独居・同居→)・病院・施設・その他(
	病院・施設名など:		
	〒	電話番号	
A D L	移動	自立・見守り・一部介助・全介助(独歩・杖・車椅子・その他)	
	食事	食事形態	主食:常・柔・粥 副食:常・一口・刻み・ペースト
		食具: 箸・スプーン・フォーク・自助具(持参)	禁食及び制限:
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	トイレ・ポータブル・パット・リハパン・その他(
入浴	電動昇降イス付個浴・リクライニング対応電動昇降イス付個浴		
医療・ 精神	医療行為	無・有()※指示書要する行為あり。	
	認知症	無・有(軽度・中度 重度)徘徊・暴力・暴言・昼夜逆転・その他(
	精神	疾患・症状等	内服:無・有→
緊急 連絡 先	フリガナ 氏名	様	続柄
	住所	〒	
	*身元引受人・支払責任者	電話番号	携帯電話
既往歴及び経過			
現病歴			
治療状態			
内服薬			
アレルギー 無・薬()・食物()・その他()			
感染症 結核・肝炎(B型・C型)・MRSA・白癬菌・他()			
主治 医	医療機関名	主治医名	
	住所	電話番号	
申込理由	*ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などをご記入ください。		
担 当 C M	事業所名	事業所電話番号	
	担当者名	緊急時電話番号	

※安全利用の為、なるべく詳しくご記入下さい。