

# ケアホーム足立 ショートステイ 利用申込書

利用申込日	平成 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		生年月日	M・T・S 年 月 日
			年齢	歳    性別    男・女
	住所	〒		
			電話番号	
	介護保険 情報	被保険者番号		要介護度
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	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	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・シルバーカー・車椅子)		
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助    食事形態    主食:    副食:		
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		
	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		
	医療行為	なし・あり( )		
	認知症	なし・あり(軽度・中度・重度)		
	BPSD	徘徊・暴力・暴言・奇声・昼夜逆転・その他( )		
緊急連絡先	フリガナ 氏名		続柄	
	住所	〒		
			電話番号	
		*身元引受人・支払責任者	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	なし・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		診療科目	
	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CM	事業所名		事業所電話番号	
	担当者名		緊急時電話番号	