

ケアホーム花畑 ショートステイ 利用申込書

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)		
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	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
	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	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 C M	事業所名		事業所電話番号		
	担当者名		事業所FAX番号		