

# 短期入所生活介護 利用申込書 ①

事業所名	
住 所	
TEL	( )
FAX	( )
ご担当者	

令和 年 月 日 ( )

介護老人福祉施設 ひまわり港南台  
〒234-0055 横浜市港南区日野南3-7-10  
TEL 045-830-3710  
FAX 045-830-3713

申込施設名	特別養護老人ホーム ひまわり港南台				
フリガナ			男・女	生年月日	
利用者氏名			M・T・S	年 月 日( 歳)	
現住所	電話 ( )				
被保険者番号			負担段階	1段階・2段階・3段階・4段階	
介護度	支援 1・2		介護 1・2・3・4・5		負担割合
認定日	H・R 年 月 日		有効期限	年 月 日～ 年 月 日	

フリガナ			続柄		世帯	同居・別居
申込者氏名						
申込者住所						
緊急連絡先	① ( )		② ( )			

利用希望日	① R 年 月 日 ～ R 年 月 日				
	② R 年 月 日 ～ R 年 月 日				
	③ R 年 月 日 ～ R 年 月 日				
	④ R 年 月 日 ～ R 年 月 日				
上記期間	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> いずれか1ヶ所				
送迎	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない ( )				
	送迎時の車椅子等 <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない ( )				
特記事項					

回 答 欄	
1. 利用希望 ( )	の通りサービス提供いたします
2. 下記の通りご調整をお願いいたします	
令和 年 月 日 担当者 丹後・深野	

# 短期入所生活介護 利用申込書 ②

当施設、初回利用申込の際、ご記入をお願いいたします

令和 年 月 日現在

利用者氏名

現病歴	
既往歴	
内服薬	
医療行為	
医療機関	主治医： 先生
	住所：

麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他( )
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> シルバーカー
住 居	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 団地・マンション( 階建 階) 【エレベーター】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
排 泄	日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 下着： <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット
食 事	摂取状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 食事形態：主食→ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( ) 副食→ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> その他( ) 水分→ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ その他療養食： <input type="checkbox"/> カロリー制限( Kcal/日) <input type="checkbox"/> 塩分制限( g/日) <input type="checkbox"/> アレルギー( ) 義歯の有無： <input type="checkbox"/> 総義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 無
認知症の状態 精神状態 問題行動	認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診断名 ) <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 幻視幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他具体的にお願いします

家族構成	氏名	続柄	電 話
	①		自宅 携帯
	②		自宅 携帯
	③		自宅 携帯

特記事項
------