

# 特別養護老人ホーム せせらぎ ショートステイ利用申込書(新規・継続)

申込年月日 年 月 日

短期入所(ショートステイ)を利用したく申込みいたします。

## 【利用希望者】

ふりがな			性別	男性 女性	生年月日	明・大・昭		
氏名	様					年	月	日( 歳)
現住所	〒							
		TEL ( )						
要介護状態区分	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
保険者	市区町村		被保険者番号					
認定有効期限	平成 令和 年 月 日～				介護保険負担 限度額認定			無・有 ( 段階)
	平成 令和 年 月 日							

## 【主介護者(申込者)】

ふりがな			続柄	連絡先	自宅: ( )			
氏名	様				携帯: ( )			
現住所	〒							

## 【希望利用日】

	希望利用日	送迎	備考
第一希望	年 月 日( )～ 年 月 日( )	要・不要	
第二希望	年 月 日( )～ 年 月 日( )	要・不要	
第三希望	年 月 日( )～ 年 月 日( )	要・不要	

## 【主な病歴(現病名)及び内服薬】

主治医 (かかりつけ医)	医療機関名:
	担当医師名:
	電話番号:
緊急時	医療機関名:
	医師名:
	電話番号:

## 【生活状況及び利用申込理由】

独居  高齢者世帯  家族と同居

## 【事業所名(居宅サービス)】

事業所名・住所:
担当介護支援専門員(ケアマネージャー):
電話番号:
FAX番号:
【備考】

# 状 況 確 認 書 (新規・継続)

【ご本人様】

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	男性 女性	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)
氏名	様				

【主介護者(緊急時連絡先)】

ふりがな		続柄	連絡先	自宅: ( ) 携帯: ( )
氏名	様			

【ご本人の状況】

医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他( )				
皮膚状態	褥瘡 無 有 (処置内容: ) その他:				
内服状況	<input type="checkbox"/> 朝食(前・後) <input type="checkbox"/> 昼食(前・後) <input type="checkbox"/> 夕食(前・後) <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> その他:				
他施設の 利用状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ利用 <input type="checkbox"/> 他の施設も利用:施設名⇒ <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアのみ他の施設を利用:施設名および利用回数⇒				
生活状況	食事	自立・一部介助・全介助		形態	主食⇒米飯・軟飯・全粥・ゼリー・パン
	排泄	自立・一部介助・全介助			※パン食の場合は、別途料金がかかります。
		布パンツ・リハビリパンツ・オムツ			副食⇒普通・一口大・刻み・ソフト・ゼリー
			糖尿病食( Kcal)塩分 g		
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自立・側近介助・手引き・シルバーカー・杖) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助・自操) <input type="checkbox"/> その他:			
	更衣	自立・一部介助・全介助		入浴	個浴・中間浴・特浴 注意事項:
	アレルギー	無・有⇒		嗜好品	飲酒・喫煙(一日の量: )
睡眠	良眠・不眠傾向	便秘	自然( 回/ 日)・下剤等使用⇒		

【その他生活歴】

--

【ご家族・ご本人の希望及び備考】


送迎希望時間	往路	月 日( ) 時頃	復路	月 日( ) 時頃
--------	----	-----------	----	-----------

※ 独歩・車椅子・リクライニング・ストレッチャー(使用料1,000円)

ご自宅及び周辺 の 道路状況等	駐車スペース:有・無 スロープ:有・無 階段:無・有( 段) その他注意点:
-----------------------	---

介護上の悩み・困っている事・現在のご自宅での介護状況


<input type="checkbox"/> 個人情報使用について 短期入所(ショートステイ)生活及び介護者を円滑に支援する為に ① 社会福祉法人 春喜会 特別養護老人ホームせせらぎ 内部で情報共有させていただきます ② 緊急時や急変時に医療機関等へ情報提供させていただきます。  同意日：令和 年 月 日 氏名 _____ (印)
--

# 健康診断書

特別養護老人ホーム せせらぎ

氏名			性 別	
			男 ・ 女	
住所			生 年 月 日	
			明・大・昭	年
身 長	体 重		血 圧	
cm	kg		/	
ご利用予定日      年      月      日～      年      月      日				
*HBs抗原⇒ *HCV抗体⇒ *TPHA    ⇒    定性: 定量: *MRSA    ⇒ *疥癬     ⇒    有 / 無 ※疥癬の既往歴がある場合⇒罹患した時期と完治した日の記載をお願いします。				
尿 検 査	蛋白(      )	潜血(      )	尿糖 (      )	
心 電 図				
胸 部 X 線	年	月	日	現 病 歴
				投 薬 の 内 容
既 往 歴				

上記の通り診断します。

年      月      日

住 所

医 師

