

短期入所生活介護 調査票

社会福祉法人 池上長寿園

※お申込みいただく事業所名に○をご記入ください(羽田・池上・大森・蒲田・糀谷・たまがわ・馬込)

事業者名		ホーム記入欄	
担当介護支援専門員		仮予約日	年 月 日
電話		仮契約日	年 月 日
F A X		契約日	年 月 日

フリガナ		男 女	要介護度	支援1	支援2	1	2	3	4	5				
利用希望者ご氏名		様	被保険者番号											
			生年月日	M	T	S	年	月	日	生	歳			
住所	大田区	丁目	番地	号	電話	()								
利用希望期間 (契約有効期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日)														
1回目	第1希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
	第2希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
2回目	第1希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
	第2希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
3回目	第1希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
	第2希望	R	年	月	日	()	~	R	年	月	日	()	日数	日間
連絡先														
	氏名 (ふりがな)	続柄	電話											
1番	様	自宅	()	携帯										
2番	様	自宅	()	携帯										
3番	様	自宅	()	携帯										
緊急時 受診病院														
救急指定	あり なし	病院名					電話	()						
		受診科			医師名			診察券番号						
病 歴														
通院	あり なし	病院名					電話	()						
往診	あり なし	病院名					電話	()						
現病歴	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
既往歴	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
	病名				発病年月日	S	H	R	年	月	頃			
アレルギー	あり なし	薬	食物	他	(状態)									
障害者手帳	あり なし	障害名					級							
施設利用状況														
あり なし	施設名				利用期間	H/R	年	月	ショートステイ	デイ	リ			
	施設名				利用期間	H/R	年	月	ショートステイ	デイ	リ			

身体 症状	痛み かゆみ 咳 痰 湿疹 褥瘡 その他 ()						
	部位 / 症状						
服薬	無 有 (自己管理 家族管理 / 朝 昼 夕 就寝前 他:)						
言語 障害	無 有	状況					
		コミュニケーション手段					
視力	普通 制限あり	状況				眼鏡	無 有
聴力	普通 制限あり	状況				補聴器	無 有
移動	独歩 杖 歩行器 車椅子 (自立・介助) 寝たきり						
立位	自立 一部介助 全介助	状況					
食事	主食	ご飯 軟飯 粥 ミキサー	状況				
	副食	普通 刻み 極刻み ミキサー	状況				
嚥下	良い 悪い	補助食品使用	状況				
義歯	無 有 (上 下)	状況					
摂食	自立 一部介助 全介助	状況					
洗面	自立 一部介助 全介助	状況					
排泄	尿意	無 有	状況				
	便意	無 有	状況				
	自立 誘導	用品	トイレ ポータブルトイレ 尿器 他 ()				
	オムツ	状況	一日 尿取りパット使用 / 無・有 夜間のみ				
	リハビリパンツ	状況	一日 夜間のみ 他 ()				
	バルーン	状況					
入浴	一般浴 リフト浴 機械浴 清拭 他 ()						
着脱	自立 一部介助 全介助	状況					
洗身	自立 一部介助 全介助	状況					
認知症	無 有	状況					
異食	無 有	状況					
介護拒否	無 有	状況					
他	無 有	状況					
医療関係	無 有	経管栄養 在宅酸素 H ⁺ -スルカ ストマ インシュリン 他 ()					
介護でお困りのこと/短期入所生活介護で、希望されること							

