

緊急短期入所生活介護 申込書兼調査票

社会福祉法人 池上長寿園

(羽田・池上・大森・蒲田・糀谷・たまがわ)

申込書

※お申込みいただく事業所名に○をご記入ください。

太枠内を担当介護支援専門員様をご記入ください。

事業者名		フリガナ	
担当介護支援専門員		利用希望者名	
電話			
FAX			
利用希望期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
緊急でのショートステイ利用の必要性がありますか？		〔 はい いいえ 〕	
" はい " の場合は理由をご記入ください (
利用希望期間は、他も含めショートステイの利用予定がありますか？		〔 ある ない 〕	
" ない " の場合はショートステイ利用予定の入っていないサービス提供をご用意頂き、この申込書に添付をお願い致します。			
当施設のショートステイのご利用歴がありますか？		〔 ある ない 〕	
" ない " の場合または" ある "とお答えでも状態に変化がある場合や6ヶ月間以上ご利用がない場合は以下の調査票もご記入下さい。			

必要事項をご記入後、ショートステイ利用予定の記載がないサービス提供票を添付しFAXでお申込みください。

また、緊急ショートステイ利用後には、今回ご利用の記載があるサービス提供票を合わせて送付してください。

調査票

フリガナ	男女	要介護度	1	2	3	4	5
利用希望者氏名	様	被保険者番号					
		生年月日	M	T	S	年	月
住所	大田区	丁目	番地	号	電話	()	
連絡先							
	氏名(フリガナ)	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			
病歴							
掛かりつけ医	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	T	S	H 年 月 頃
	病名			発病年月日	T	S	H 年 月 頃
既往歴	病名			発病年月日	T	S	H 年 月 頃
	病名			発病年月日	T	S	H 年 月 頃
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		
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

身体状況、ADL											
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	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 ()		
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	パルスメーター	スリム	インシュリン	他:			
ご家族 の意向											
その他 留意事項											