

# 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・馬込)

## 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	令和 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	日生 歳		
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	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
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 ( )						
パルーン		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	ハ°-スプレー	スワ	インシュリン	他:		
ご家族 の意向										
その他 留意事項										