小淀ホーム　短期入所生活介護　新規利用申込書

申込日（記載日）　　　年　　　月　　　日

**【利用者様基本情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 生年月日  明治・大正・昭和  年　　月　　日 | | | 年齢  　　歳 | 性別 | 男・女 | |
| 利用者氏名 | | 様 | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | ０００ | | 有効期間 | 年　月　日　～　　年　月　日 | | | | | |
| 介　護　度 | | １・２・３・４・５・要支援１・２ | | 負担限度額認定証 | □　無　　　□有　　□未申請 | | | | | |
| ご家族 | 氏　名 | 続柄（　　　） | | | | 家族構成  （主介護者に◎印をお願いします） | | | | |
| 住　所  連絡先 | 〒    電　　話　　　（　　　　　）  携帯電話　　　（　　　　　）  その他　　　（　　　　　） | | | |
| ケアマネジャー | | 事業所名 | |  | | | | | | |
| 担　　当 | |  | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話　　　　（　　　　　）　　　・fax　　　　　（　　　　　　） | | | | | | |

**【健康状態】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現病名 | ※現在治療中の病気を記入してください | | 既往歴 |  | |
| 内服薬 |  | | 特記 |  | |
| 感染症 | | 無　　有（　　　　　　　　　　） | ｱﾚﾙｷﾞｰ | | 無　　有（　　　　　　　　　　） |
| 医療処置 | | 無　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 食事制限 | | 無　　有　　（塩分制限　　　　　g/日　・　カロリー制限　　　　　　　kcal/日） | | | |

**小淀ホーム　fax番号　：　０３－３３６６－６５１３**

**【身体状況】　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者様氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **一　　般　　状　　態** | **注意事項** |
| 食事 | 自立　　　見守り　　　一部介助　　全介助 |  |
| 主食　（　　　　　　　　　）　副菜（　　　　　　　　　　） |
| 義歯　：　無　　有（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入浴 | 一般浴　　　機械浴 |  |
| 自　立　　　見守り　　　一部介助　　全介助 |
| 排泄 | 自立　　　自守り　　　一部介助　　全介助 |  |
| トイレ　ポータブルトイレ　リハビリパンツ　オムツ　パット |
| 尿器　　　差し込み便器　　普通の下着 |
| 精神症状 | 認知症老人の日常生活自立度　：  　　　　　　　　　自立　Ⅰ　Ⅱa Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M |  |
| 問題行動：徘徊　同じ話の繰り返し　暴言　興奮　昼夜逆転 |
| 妄想　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コミュニケーション | 視力　：　普通　　不自由（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 聴力　：　普通　　不自由（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意思疎通　：　普通　　　困難 |
| 移　　動 | 歩行　（　自立　つたい歩き　見守り　介助　）　　杖　（有　無） |  |
| 車いす（自操　介助）　歩行器 |
| 立位　：　自立　一部介助　全介助 |
| 座位　：　可　　不可 |
| 転倒の可能性　：　大　　中　　小 |
| 特記事項 |  |  |

小淀ホーム　ショートステイ新規利用申込書