

短期入所利用申込書

申込日： 年 月 日

豊浦町介護老人保健施設長 殿

申込者住所

氏名

印

(続柄)

TEL

豊浦町介護老人保健施設において、下記のとおり短期入所の利用を希望しますので
申込みます。

利用希望期間	開始	令和 年 月 日	時 分	日間
	終了	令和 年 月 日	時 分	
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 主介護者の不在 :			
	<input type="checkbox"/> 主介護者の休養等:			
	<input type="checkbox"/> その他の理由 :			

利用者情報					
本人	利用者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	利用者住所		電話		
	世帯	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居			
連絡先・身元引受	緊急連絡先1	氏名	続柄		
	住所		電話		
	緊急連絡先2	氏名	続柄		
	住所		電話		
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	被保険者番号	認定機関		
	認定有効期間	~		認定日	
	負担限度額認定証	あり なし	負担割合	割	
※ 負担限度額認定申請が必要な方は利用前に手続きを済ませて下さい。					
居宅支援	居宅介護支援事業所		担当者名		
利用	<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 個別リハ <input type="checkbox"/> 送迎 (<input type="checkbox"/> 迎え <input type="checkbox"/> 送り)				

記入者氏名：

■該当するものにチェックをしてください。前回と特に変更がない場合は→ 特変なし

分類		チェック項目				特記事項				
身体状況	麻痺等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 体幹			
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 手首	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 腰	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 足首	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見辛い	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 全介助					
	補助器具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一般眼鏡	<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡	<input type="checkbox"/> 義眼等					
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞き辛い	<input type="checkbox"/> 聞こえない						
補助器具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 集音器	<input type="checkbox"/> 筆談等						
移動・移乗	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 掴まりで可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 掴まりで可	<input type="checkbox"/> 背もたれ	<input type="checkbox"/> 座位不可					
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 掴まりで可	<input type="checkbox"/> できない						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	補助器具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器など	<input type="checkbox"/> 車椅子						
食事	飲水	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	摂食	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 荒きざみ	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー					
	アレルギー	()								
	嫌いな物	()								
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	失禁	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTトイレ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> カテーテル					
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴槽	<input type="checkbox"/> 特殊浴槽	<input type="checkbox"/> 清拭						
着脱	上衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	下衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
整容	口腔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
行動	意志伝達	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 限定的	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> 全くできない					
	意思決定	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> できない						
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 通じない						
	電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 使用不可					
	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	精神状況	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 感情不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転					
		<input type="checkbox"/> 暴言暴行	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊					
		<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 躁状態	<input type="checkbox"/> 鬱状態	<input type="checkbox"/> 自傷行動					

受診状況	主治医氏名		医療機関名		TEL	
	現在受診している医療機関名		受診病名		TEL	
			受診病名		TEL	
			受診病名		TEL	

※ 新規ご利用の方は、かかりつけ医師から診療情報提供書をもらい提出してください。

処方薬	現在服用中(点眼薬なども)の、お薬の説明書を添付してください。
-----	---------------------------------

連絡事項	
------	--