

施設(短期) 入所申込書

利用施設

特別養護老人ホーム志仁也 特別養護老人ホーム山美家
 ショートステイしにあ ショートステイやまびこ

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		男・女	生年月日	年齢
利用者氏名			明治・大正・昭和	
利用者住所	〒 _____			
			〈電話〉	_____
ふりがな		年齢	利用者との関係	
家族氏名		歳		
家族住所	〒 _____			
電話番号	_____	携帯電話	_____	_____

被保険者番号		認定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保険者番号		要介護度	要支 1 2 要介護 1 2 3 4 5
認定期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	～	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

現在の状況

自宅 (家族と同居 独居)
 福祉施設 (施設名: _____)
 医療機関 (病院名: _____)
 居宅介護支援事業所 (_____) 担当ケアマネ(_____)

利用しているサービス

デイサービス 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリ
 ショートステイ 訪問入浴 デイケア その他 (_____)

利用者の現状態に○印をつけてください。

視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自立	一部介助	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	食事			
言語	普通	少し不自由	不自由	入浴			
褥瘡	無	有(大・中・小)		排泄			
おむつ	無	有(昼夜・夜のみ)		衣服着脱			
徘徊	無	有(昼・夜)		起座			
認知症	無	有(軽度・中度・重度)		歩行・移動		歩行器・杖・車椅子	

かかりつけ医	無 有 (_____) TEL: _____
内服薬	無 有 _____
傷病歴・入院歴 等	_____ _____ _____
特記事項	_____ _____ _____