

ショートステイ国府 事前調整依頼申込書

平成 年 月 日

利用 希望者	ふりがな				男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日 生	() 歳	
	氏名								
	住所	〒							
要介護度		要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
介護保険負担限度額認定証		第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 該当せず							
医療機関名					主治医				
住所					電話番号				
診断名(病名)					内服薬: あり ・ なし				
既往歴 (今までに入院や手術を行ったことがあるか等)		(例)平成21年5月～脳梗塞 (○△病院入院)			点眼薬: あり ・ なし				
					塗り薬: あり ・ なし				
					その他薬: あり ・ なし				
				お薬手帳: あり ・ なし					
特別な医療		無 ・ インスリン注射 ・ 経管栄養(経鼻・胃瘻) ・ 在宅酸素 ・ 尿道留置カテーテル ストーマ ・ 褥瘡 ・ 吸引 ・ その他()							
A D L 等 の 状 況	移動	独歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自走:) ・ ストレッチャー				特記			
	食事	主食		副食		禁忌食		特別食	
		自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()							
	歯磨き	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				[義歯] あり() ・ なし			
	入浴	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				特記			
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				特記			
	視覚	普通 ・ 近くなら可 ・ 全盲				[眼鏡] あり ・ なし			
	聴覚	普通 ・ 大声で可 ・ 聞こえない				[補聴器] あり ・ なし			
	意思疎通	通じる ・ ある程度 ・ 通じない				特記			
問題行動	記憶障害 ・ 失見当 ・ 攻撃的行為 火の不始末 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 不穏興奮 ・ その他()				特記				
家族構成	＝			経済状況		国民年金 ・ 老齢福祉年金 ・ 厚生年金 共済年金 ・ 船員年金 ・ 恩給 健康管理手当 ・ その他()			
						月額又は年額	円/月 ・ 年		
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称								
	電話番号								
	担当ケアマネジャー氏名								
	サービス利用	通所介護(回/W) ・ 通所リハ(回/W) ・ 訪問介護(回/W) 短期入所(日/月) ・ 訪問看護(回/W) ・ 福祉用具貸与							