

シ ョ ー ト 利 用 申 込 書

唐松荘短期入所生活介護事業所
所 長 池 田 泉 殿

令和 年 月 日

ふりがな							性 別
氏 名							男・女
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	(歳)		
現 住 所	〒 ー 電話番号						
本 籍							
介護 保険 認定 情報	被保険者番号						
	要介護認定区分	要支援()・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
	認定の有効期間	H・R	年	月	日	～	R 年 月 日
後期高齢者 医療被保険者証	被保険者番号					一部負担金の割合	
	保険者番号					有 効 期 限	
老人保健法医療受給者証	市町村番号					受給者番号	
重度心身障害者 医療費受給資格証	負担者番号					受給者番号	
居 宅 サ ー ビ ス 等 の 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月)				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月)		<input type="checkbox"/> 通所介護(回/月)				
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月)		<input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月)				
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(日/月)		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月)				
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目)		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(回/月)				
介 護 者 の 状 況 (身元引受人)	ふりがな					利用者との続柄	
	氏 名	(印)				生年月日	
	住 所	〒 電話番号				年 月 日	

入所申込者状況調

1. 身体および日常生活介護の状況			
ア 移動について <input type="checkbox"/> 一人でする(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> ねたきり			
イ 起き上がりについて <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない			
ウ 寝返りにについて <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない			
エ 食事の摂り方について <input type="checkbox"/> 一人で食べる (<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 多少介助している <input type="checkbox"/> すべて介助している			
オ 食事の内容について <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミンチ <input type="checkbox"/> ミキサー			
カ 排泄について <input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 尿便意なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おしめ			
キ 入浴について <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> 拭くのみ			
ク 着脱衣について <input type="checkbox"/> 一人でする <input type="checkbox"/> 介助している <input type="checkbox"/> できない			
ケ 視力について <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲			
コ 聴力について <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴			
サ 言葉について <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
シ 床ずれについて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)			
2. 精神の状況			
(1) 性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 融通がきかない	<input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	<input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> こり性
(2) 精神状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり ()		

3. 問題行動の状況							
ア	自分の部屋やトイレ等の場所を間違える。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
イ	落ち着きがなく、家の中をうろうろする。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
ウ	外出して、迷子になることがある。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
エ	昼と夜の区別がつかないで、夜 声を出す。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
オ	物をしまい忘れ、なくなったと言って騒ぐ。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
カ	オシメはずしや使いじりなど、不潔な行動がある。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
キ	タバコやマッチなど火の不始末がある。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
ク	事実でないことを事実だと思い込む。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
ケ	何でも物を集めてきて、しまいこむ。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
コ	食事をしたことを忘れ、すぐ食べたがる。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
サ	目にふれる物を何でも口に入れたがる。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
シ	介護等の際、抵抗したり攻撃的な行動をとる。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
ス	ひとりごとを言う。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
セ	興奮し騒ぎたてる。	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ない
4. 身体状況および介護上の注意点要望など							
痛み → 有・無（部位 _____）							
麻痺 → 有・無（部位 _____）							
注意点 → _____							
要望 → _____							
5. 家族の状況（緊急連絡先）							
	氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号	
同居者							
	氏名	続柄	住所	電話番号	携帯電話番号		
緊急連絡先	①						
	②						
	③						
	④						

健康診断書

唐松荘短期入所生活介護事業所

氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
住所					
検査項目	1 結核 ()				
	2 MRSA ()				
既往症	現在治療中の疾病	1	発病 年 月 日		
		2	発病 年 月 日		
		3	発病 年 月 日		
		4	発病 年 月 日		
		5	発病 年 月 日		
	病状の概要				
医師の所見 (投薬・入浴の留意事項等)					
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
住所					
医療機関名					
医師氏名					
(印)					