

短期入所生活介護

利用申込書

申込日 年 月 日

利用者	フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
	氏名		年齢		男・女		
	住所	(〒 -)	電話番号				
	介護保険被保険者番号	—		認定有効期間	年	月	日まで
	要介護区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
申請者	フリガナ		利用者との関係				
	氏名		電話番号				
	住所	(〒 -)					

利用希望日時

1	利用開始日				利用終了日					
	年 月 日()から				年 月 日()まで					
	入所時間PM	13:00	13:30	14:00	14:30	退所時間AM	10:00	10:30	11:00	11:30
	送迎希望	する・しない			送迎希望	する・しない				
2	利用開始日				利用終了日					
	年 月 日()から				年 月 日()まで					
	入所時間PM	13:00	13:30	14:00	14:30	退所時間AM	10:00	10:30	11:00	11:30
	送迎希望	する・しない			送迎希望	する・しない				
3	利用開始日				利用終了日					
	年 月 日()から				年 月 日()まで					
	入所時間PM	13:00	13:30	14:00	14:30	退所時間AM	10:00	10:30	11:00	11:30
	送迎希望	する・しない			送迎希望	する・しない				

居宅介護支援事業者

事業者名		担当介護支援専門員	
所在地	(〒 -)	電話番号	
		FAX番号	
かかりつけ医療機関		電話番号	
		FAX番号	
かかりつけ主治医		電話番号	
		FAX番号	

ご記入いただきました個人情報は、利用申し込み事務及び利用時の介護サービス以外には使用いたしません
京都市本能特別養護老人ホーム

身体状況	視力	1 普通	2 視力低下	3 全盲	(眼鏡等使用…有・無)		
	聴力	1 普通	2 やや難聴	3 難聴	(補聴器使用…有・無)		
	言語	1 普通	2 何とか通じる	3 不自由			
	睡眠	不眠等…有・無	服薬…有・無	ベット・たたみ	使用		
		体位交換…要・不要	エアーマット…要・不要	床ずれ…有・無	(部位)		
	食欲	有・無	(食事内容…並食・刻み食・かゆ・その他)				
	便通	1 普通	2 便秘しがち	3 下痢しやすい	(自然・下痢・浣腸)		
特殊な医療	排便	回/日	(最終排便 日前)				
	気管切開	鼻腔栄養	人工肛門	インシュリン注射	バルン		
	在宅酸素療法	カテーテル	その他 ()				
日常生活動作状況	歩行	1 杖等を使用し、かつ時間がかかっても自分で歩く。 2 付き添いが手や肩をかせば歩ける。 3 歩行不可能。(寝たきり)			移乗	1 自分で出来る。 2 介助・見守り。 3 全介助。	
	食事	1 自分で食べられる。 2 一部介助すれば食べられる。 3 臥床のまま食べさせなければならない。 4 胃ろう			起座	1 自分で出来る。 2 介助・見守り。 3 全介助。	
	入浴	1 自分で入浴でき、洗える。 2 入浴できるが、洗うとき、浴槽の出入りに介助を要する。 3 全介助で入浴する。特殊浴槽を利用している。			着脱	1 自分で出来る。 2 介助・見守り。 3 全介助。	
	排泄	1 自分で昼夜ともトイレ・ポータブルで出来る。 2 手をかせばトイレ・ポータブルで出来る。夜間はオムツを使用している。 3 常時オムツを使用している。					
		軽度		中度		重度	
認知・行動等の状況	認知症	記憶	1 物忘れが目立つ。	2 最近の出来事がわからない。	3 名前が判らない。		
		失見当	1 環境の変化で一時的にどこに居るのか判らなくなる。	2 自分の部屋やトイレの場所が判らなくなる。	3 自分の部屋が判らなくなる。		
	攻撃的行動	1 攻撃的な言動がみられる。	2 乱暴な振る舞いを行う。	3 他人に暴力を振るう。			
	自傷行為	1 自分の衣服を裂く・破く。	2 自分の体を傷つける。	3 自殺を図る。			
	火の扱い	1 火の不始末をすることがある。	2 火の不始末が時々ある。	3 火をもてあそぶ。			
	徘徊	1 部屋内でうろうろする。	2 家中をあてもなく徘徊する。	3 野外をあてもなく徘徊する。			
	不穏行為	1 時々、興奮し騒ぎ立てる。	2 しばしば興奮し騒ぎ立てる。	3 いつも興奮している。			
	不潔行為	1 衣服などを汚す。	2 所かまわず放尿・排便する	3 糞尿をもてあそぶ。			
失禁	1 誘導すればトイレに行く。	2 時々、失禁する。	3 常に失禁している。				
		1 簡単な日常会話にも支障がある。		2 昼夜の区別がつかない		4 目に触れるものは何でも口に入れる。	
		3 家族・知人等を混同するなど人を間違える。					
		その他問題行動があれば記入して下さい。					

*ご記入いただきました個人情報は、利用申し込み事務及び利用時の介護サービス以外には使用いたしません。