

太陽と緑の家 ショートステイ利用申込書（初回用）

年 月 日

利用希望日（初回）		居宅介護支援事業所：			
年 月 日（ ）～ 月 日（ ）		担当者名：		FAX：	
		電話番号：			
フリガナ		生年月日	年齢	性別	
氏名	様	大 昭 年 月 日	歳	男 女	
住所	〒	要介護度		限度額 認定証	有・無
		負担割合	割		
介護者①	続柄：		TEL：	（ ）	
介護者②	続柄：		TEL：	（ ）	
家族構成：		既往・現病歴：		内服薬・外用薬：	
個別機能訓練（リハビリ）		する・しない		主治医：	
本人希望：					
家族希望：					
麻痺	無・有 部位（ ）				
立位保持	出来る・つかまれば出来る・出来ない				
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助				
歩行レベル	自立（杖使用・装具使用）・歩行器・車イス自操・車イス介助・リクライニング				
意思疎通	完全に通じる・ある程度通じる・通じない	視力	普通・見えにくい・見えない		メガネ：有・無
言語	普通・やや障害・ほとんど不可・不可	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない		補聴器：有・無
入浴	一般浴（個浴）・機械浴	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		
排泄	トイレ・トイレ・Rパン・パット・オムツ		定時誘導： 不要・必要		
食事	自立・見守り・一部介助・全介助		義歯： 有・無		
食事形態	主食：常食・軟飯・全粥・ペースト		副食：常食・一口大・キザミ・極キザミ・ペースト		
食事制限	無・有（ kcal/日 ・ 塩分制限 g/日 ・ タンパク質 g/日 /日）				
水分制限	無・有（ ml/日） その他禁食など（ ）				
嚥下	出来る・見守り・出来ない		トロミ： 必要・不要		
尿・便意	無・時々有・有				
認知症	無・時々有・有（周辺症状： ）				
処置	無・有				
	褥瘡処置（部位 ）・エアマット使用 ・人工肛門 ・膀胱留置カテーテル				
	経管栄養（ /日） ・ 気管内切開 ・ 酸素療法（ ml/分 方法 ）				
	インスリン注射（ 時間 種類 単位 ）				
その他：					
感染症備考	無・不明・有（ ） 本人への説明 済・未				