

短期入所生活介護申込書

平成 年 月 日

申請者 氏名 (続柄)

住所

電話 () -



利用者	氏名	ツガナ		男・女	男	明治 大正 昭和	年 月 日生 歳
	住所					電話 () -	
介護保険証	要介護認定 状態区分	要支援・要介護 ()		認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
身体 の 状況	(現在の病名及び障害の程度)			該当するところに○をして下さい。			
	(内服薬の有無) 無・有 < 朝・昼・夕・その他 () >			1. ベッドを使用して みえますか。	はい・いいえ		
かかり つけ医	病院 医院 診療所			2. 移動は、どのよう にされていますか。	自力歩行 杖 シルバー 車椅子		
				3. 自分で食事が 摂れますか。	はい・いいえ		
				4. 排泄はどうですか。	トイレ ポータブル 紙パンツ 紙オムツ		
				5. 認知症状はありますか	はい・いいえ		
診察状況	無・受診・往診 (診察日 月・火・水・木・金・土 頻度 月・週 /回)						
家族氏名		続柄	年齢	緊急時の連絡先 (勤務先電話、携帯電話など)			
現在、利用しているサービスとその利用施設名を教えてください。							
<input type="checkbox"/> 通所サービス ()		<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()		<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()	
<input type="checkbox"/> 短期入所 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()					
居宅サービス計画作成 依頼事業所名				担当の ケアマネジャー			