

特別養護老人ホーム 春香苑 ショートステイ申込書（新規・継続）

お申し込み日		平成 年 月 日 ()			
ご利用者様	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	
	保険者番号		被保険者番号		
	介護度	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
	住所	〒			
	電話	— —		身体障害者手帳	無・有 (種 級)
主介護者様	フリガナ		ご利用者様との続柄		
	氏名		電話	— —	
			携帯電話	— —	
	住所	〒			
緊急連絡先	連絡先： — — [自宅・職場・その他 ()]				

【利用希望日】	送迎	備考
年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	要 ・ 不	
年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	要 ・ 不	
年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	要 ・ 不	

【利用者状況】	
歩行	自立・見守り・一部介助・全介助（杖・歩行器・車椅子〔自走：可・不可〕）
食事	自立・見守り・一部介助・全介助（主食：常食・粥・ミキサ / 副食：常食・刻み・ミキサ）
嚥下状況	良好・普通・悪い（トロミ使用：無・有）
排泄	自立・誘導・一部介助・全介助（尿意：無・有 / 便意：無・有）
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助（機械浴 要・否）
精神状況	認知症：無・多少あり・あり（徘徊・暴力行為・せん妄・幻聴覚・異食・不潔行為・自虐行為）
医療状況	服薬：無・有 / 皮膚状態：良好・普通・悪い () / 医療行為：無・有
サービス状況	無・有（ショートステイ・デイサービス・訪問介護・その他） 〔]
特記事項	

居宅介護支援事業所名		事業所番号	
担当介護支援専門員			
住所	〒		
	電話	— —	FAX — —