

ショートステイさしまの家申込書

令和 年 月 日

申込者氏名

住所

TEL

以下の者について、ショートステイの利用を申し込みます。

フリガナ						性別	生年月日				
利用者氏名						男	大正・昭和 年 月 日生(歳)				
						女					
住所	〒					TEL					
被保険者番号						家族構成	介護者に○	氏名	続柄	年齢	備考(同居の有無・職業等)
要介護度											
有効期間	令和 年 月 日から										
	令和 年 月 日まで										
ケアマネ	事業所										
	担当者										
かかりつけ医											
緊急連絡先	1	フリガナ				性別	続柄		勤務先		
		氏名				男			TEL		
						女					
	住所	TEL			日中の携帯 可・不可			備考			
	2	フリガナ				性別	続柄		勤務先		
		氏名				男			TEL		
						女					
	住所	TEL			日中の携帯 可・不可			備考			
	3	フリガナ				性別	続柄		勤務先		
		氏名				男			TEL		
女											
住所	TEL			日中の携帯 可・不可			備考				

該当する項目に○をして下さい。

希望利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
電気用品の 持ち込み	1. テレビ 2. ラジオ 3. 電気毛布 4. 携帯電話等 5. その他 ()			
レンタルTV利用	1. 希望する 2. 希望しない	自販機での飲み物購入	可 ・ 不可 (本まで/日)	
トロミ剤の使用	あり ・ なし	散髪希望	ヶ月に1回 ・ 本人の希望通り	
送迎希望の有無	1. 送迎を希望 (さしまの家の送迎を希望) 2. 送迎を希望しない家族が送迎を行う ・ その他()			
利用目的	1. 介護者の疾病・事故 2. 冠婚葬祭 3. 他の介護者の看護 4. 他者との交流 5. 介護者の休養 6. 介護者の不在 (月 日 ~ 月 日) 7. その他 ()			
ショートステイの 利用歴	1. さしまの家の利用	ない・ある (前回 年 月頃)		
	2. 他の施設の利用	ない・ある (前回 年 月頃) 施設名		
退所後の予定 (該当に○)	1. 自宅 → 独居・老人世帯・二世帯・その他 ()			
	2. 施設 → 施設名 () 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ その他			
	3. その他 ()			
明細書送付先	本人・家族(宛)	住所		
アルコール	可 ・ 不可 1. 医師に止められている。 2. 体質が合わない。 3. もともと飲んでいない。			
写真の掲載	広報誌	可 ・ 不可	ホームページ	可 ・ 不可

○居宅サービスの利用状況

訪問介護	有 ・ 無	回/週	事業所名	
訪問看護	有 ・ 無	回/週	事業所名	
通所介護	有 ・ 無	回/週	事業所名	
訪問入浴	有 ・ 無	回/週	事業所名	
訪問リハ	有 ・ 無	回/週	事業所名	
通所リハ	有 ・ 無	回/週	事業所名	
その他				

実態調査表

調査日：令和 年 月 日

調査員名： _____

本調査表に記載されている内容は入所検討の書類とし、本施設以外に漏れることはありません。

フリガナ			生年月日
名前		男 ・ 女	T・S 年 月 日
			歳
住所	〒	TEL	
緊急連絡先	1. 氏名	(続柄:)	TEL
	2. 氏名	(続柄:)	TEL
	3. 氏名	(続柄:)	TEL
介護保険	支援 : 1 2 要介護 : 1 2 3 4 5	区変中 (/ 付け)	
認定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
介護保険番号	ケアマネ事業所		
	担当ケアマネ		
医療保険	種別	記号・番号	
マル福受給	なし あり	身障者手帳 なし あり ()	
年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ その他		
現在の状況	自宅 ・ 入所中 ・ 入院中		家族構成
	病院又は施設名 :		
	入院・入所期間 : ~		
他施設への申込	なし ・ 有り ()		
かかりつけ医	病院名 :		
	主治医 :		
	病院名 :		
	主治医 :		
現病歴 既往歴	診断年月日		
	生活歴		
疾患・ 感染症等に 関する 特記事項			
予防接種	コロナワクチン 回接種	年 月 日	趣味
	インフルエンザ	年 月 日	性格
	肺炎球菌	年 月 日	
	()	年 月 日	
居室の希望	ユ ・ 多	負担限度額認定証	有 (段階) ・ 対象外 ・ 申請なし
本人の意向	その他		
家族の意向			

ADL (日常生活動作)			
寝返り	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
起き上がり	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
座位保持	出来る 支えがあれば出来る 出来ない		
立ち上がり	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
立位保持	支えなしで出来る 支えがあれば出来る 出来ない		
歩行	独歩 杖歩行 伝い歩き 歩行器 車いす		
移乗	出来る 一部介助 全介助		
車椅子	自走 一部介助 全介助		
麻痺	有 (左上肢 右上肢 左下肢 右下肢) ・ 無		
褥瘡	有 ・ 無	皮膚疾患	有 ・ 無
下肢筋力低下	有 ・ 無		
拘縮	有 (肩 膝 股関節 その他) ・ 無		
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	食欲	旺盛 普通 低下
	使用食器 箸 スプーン フォーク エプロン		
	食事形態 主：米飯 全粥 ミキサー 水分トロミ：無・有 副：常食 刻み(1口大) 極刻み ペースト		
	禁食 無 ・ 有 () 嫌いな物 無 ・ 有		
	アルコール 可 ・ 不可 ※行事等で提供されることがあります		
	制限食 無 ・ 有 (塩分 g ・ Kcal・水分 CC)		
口腔	自歯 (有 ・ 無) ・ 義歯 (上 下 部分)		
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助		
	日中 布パンツ Rパンツ パット オムツ トイレ Pトイレ		
	夜間 布パンツ Rパンツ パット オムツ トイレ Pトイレ		
	尿意 : 有 ・ 無 便意 : 有 ・ 無		
入浴	個浴 機械浴 寝台浴		
洗身	自立 見守り等 一部介助 全介助		
着脱	自立 見守り等 一部介助 全介助		
コミュニケーション能力	有 ・ 無		
聴力	会話に支障なし 普通の声がやっと聞こえる ほぼ聞こえない (補聴器 有)		
視力	普通 ほとんど見えない 見えない (眼鏡 有) 近眼 老眼 遠視 乱視 白内障 緑内障 その他 ()		
ベッド	可 ・ 布団		
睡眠	良眠 不眠 ムラあり ・ 睡眠導入剤の使用 有 ・ 無		
医療行為	○在宅酸素療法 ○ペースメーカー △膀胱留置カテーテル 褥瘡 △インスリン その他 ()		
精神状態	正常 / 認知症 不安 抑うつ状態 興奮 幻覚 妄想 せん妄 睡眠障害		
行動障害	攻撃的行為 自傷行為 火の扱い 徘徊 不穏興奮 不潔行為 異食行為		
備考	:	起床	排泄回数 (日中)
	:	朝食	
	:	昼食	排泄回数 (夜間)
	:	夕食	
	:	就寝	