

短期入所生活介護「ほたるの郷」利用申込書 平成 年 月 日

フリガナ 申込者氏名	続柄				申込年月日	平成 年 月 日				
申込者住所 電話番号	〒 ー TEL									
フリガナ 利用者氏名	性別 男・女		生年月日	明治・大正・昭和 年齢 年 月 日 ( )						
利用者住所 電話番号	〒 ー TEL									
介護保険証番号					保険者番号					
要介護度区分	要支援・要介護 1・2・3・4・5				認定の有効期間	年 月 日～年 月 日				
既往歴 ・ 入院歴										
現在の使用薬										
感染症歴 ( 有 ・ 無 ) 感染症名 ( )										
心身の状況										
麻痺 (有・無) 上肢→右・左 下肢→右・左			食事 ( 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )							
拘縮 (有・無) 部位 ( )			食事内容 (普通食・粥食・キザミ食・ペースト)							
視力 (普通 ・ 弱視 ・ 全盲)			その他具体的 ( )							
聴力 (普通 ・ やや難聴 ・ 難聴)			排泄 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )							
言語 (普通・聞き取り難い・言語障害有り)			排泄場所 (トイレ ・ ポータブル ・ オムツ)							
認知症 ( 正常 ・ 障害有 )			その他具体的 ( )							
記憶障害 (最近の出来事を覚えていない、また間違える)			入浴 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )							
( 重度 ・ 中度 ・ 軽度 )			入浴形態 ( 一般浴 ・ 特殊浴 )							
失見当識障害 (人物、場所、時間等を覚えていない、また間違える)			その他具体的 ( )							
( 重度 ・ 中度 ・ 軽度 )			移動 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )							
			移動方法 (独歩・歩行器・杖・車椅子)							
			その他具体的 ( )							
			着脱 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立)							
担当ケアマネージャー名			事業所名							
事業所住所			事業所番号							
事業者電話			事業所 FAX							