

緊急短期入所生活介護 申込書兼調査票

社会福祉法人 池上長寿園

(羽田・池上・大森・蒲田・糀谷・たまがわ・馬込)

申込書

※お申込みいただく事業所名に○をご記入ください。

太枠内を担当介護支援専門員様をご記入ください。

| | | | |
|---|------------------|------------|--|
| 事業者名 | | フリガナ | |
| 担当介護支援専門員 | | 利用希望者名 | |
| 電話 | | | |
| FAX | | | |
| 利用希望期間 | 平成 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 | |
| 緊急でのショートステイ利用の必要性がありますか？ | | 〔 はい いいえ 〕 | |
| " はい " の場合は理由をご記入ください (| | | |
| 利用希望期間は、他も含めショートステイの利用予定がありますか？ | | 〔 ある ない 〕 | |
| " ない " の場合はショートステイ利用予定の入っていないサービス提供をご用意頂き、この申込書に添付をお願い致します。 | | | |
| 当施設のショートステイのご利用歴がありますか？ | | 〔 ある ない 〕 | |
| " ない " の場合または" ある "とお答えでも状態に変化がある場合や6ヶ月間以上ご利用がない場合は以下の調査票もご記入下さい。 | | | |

必要事項をご記入後、ショートステイ利用予定の記載がないサービス提供票を添付しFAXでお申込みください。

また、緊急ショートステイ利用後には、今回ご利用の記載があるサービス提供票を合わせて送付してください。

調査票

| | | | | | | | |
|----------|----------|--------|-----|-------|------|-----|---------|
| フリガナ | 男女 | 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 利用希望者氏名 | 様 | 被保険者番号 | | | | | |
| | | 生年月日 | M | T | S | 年 | 月 |
| 住所 | 大田区 | 丁目 | 番地 | 号 | 電話 | () | |
| 連絡先 | | | | | | | |
| | 氏名(フリガナ) | 続柄 | 電話 | | | | |
| 1番 | 様 | 自宅 | () | 携帯 | | | |
| 2番 | 様 | 自宅 | () | 携帯 | | | |
| 3番 | 様 | 自宅 | () | 携帯 | | | |
| 病歴 | | | | | | | |
| 掛かりつけ医 | あり なし | 病院名 | | | | 電話 | () |
| 往診 | あり なし | 病院名 | | | | 電話 | () |
| 現病歴 | 病名 | | | 発病年月日 | T | S | H 年 月 頃 |
| | 病名 | | | 発病年月日 | T | S | H 年 月 頃 |
| 既往歴 | 病名 | | | 発病年月日 | T | S | H 年 月 頃 |
| | 病名 | | | 発病年月日 | T | S | H 年 月 頃 |
| 緊急時 受診病院 | | | | | | | |
| 救急指定 | あり なし | 病院名 | | | | 電話 | () |
| | | 受診科 | 医師名 | 診察券番号 | | | |
| アレルギー | あり なし | 薬 | 食物 | 他 | (状態) | | |
| 障害者手帳 | あり なし | 障害名 | | | | | 級 |

| 身体状況、ADL | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|----------------|---------|------------------------|---------|----|--------|-----|---|---|
| 身体 症状 | 痛み かゆみ 咳 痰 湿疹 褥瘡 その他 () | | | | | | | | | |
| | 部位 / 症状 | | | | | | | | | |
| 服薬 | 無 有 (自己管理 家族管理 / 朝 昼 夕 就寝前 他:) | | | | | | | | | |
| 言語 障害 | 状況 | | | | | | | | | |
| | コミュニケーション手段 | | | | | | | | | |
| 視力 | 普通 | 制限あり | 状況 | | | | | 眼鏡 | 無 | 有 |
| 聴力 | 普通 | 制限あり | 状況 | | | | | 補聴器 | 無 | 有 |
| 移動 | 独歩 杖 歩行器 車椅子 (自立・介助) 寝たきり | | | | | | | | | |
| 立位 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 状況 | | | | | | |
| 食事 | 主食 | ご飯 軟飯 粥 ミキサー | | | 状況 | | | | | |
| | 副食 | 普通 刻み 極刻み ミキサー | | | 状況 | | | | | |
| 嚥下 | 良い | 悪い | 補助食品使用 | 状況 | | | | | | |
| 義歯 | 無 | 有 | (上 下) | 状況 | | | | | | |
| 摂食 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 状況 | | | | | | |
| 洗面 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 状況 | | | | | | |
| 排泄 | 尿意 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | |
| | 便意 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | |
| | 自立 | 誘導 | 用品 | トイレ ポータブルトイレ 尿器 他 () | | | | | | |
| | オムツ | | 状況 | 一日 尿取りパット使用 / 無・有 夜間のみ | | | | | | |
| | リハビリパンツ | | 状況 | 一日 夜間のみ 他 () | | | | | | |
| パルーン | | 状況 | | | | | | | | |
| 入浴 | 一般浴 リフト浴 機械浴 清拭 他 () | | | | | | | | | |
| 着脱 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 状況 | | | | | | |
| 洗身 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 状況 | | | | | | |
| 認知症 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | | |
| 異食 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | | |
| 介護拒否 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | | |
| 他 | 無 | 有 | 状況 | | | | | | | |
| 医療関係 | 無 | 有 | 経管栄養 | 在宅酸素 | ハ°-スプレー | スワ | インシュリン | 他: | | |
| ご家族 の意向 | | | | | | | | | | |
| その他 留意事項 | | | | | | | | | | |