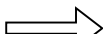


□新規 □再

ショートステイ申込書式)

|     |              |                                                                                                                                                                                                     |                   |  |
|-----|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| 施設名 | かがやきライフ江東    | 申込日<br>月 日<br><br>結果通知<br>月 日<br> | 支援事業所番号<br>及び事業所名 |  |
| 担当者 | 近藤           |                                                                                                                                                                                                     | 担当者               |  |
| FAX | 03-3640-8050 |                                                                                                                                                                                                     | FAX               |  |
| TEL | 03-3640-2111 |                                                                                                                                                                                                     | TEL               |  |

|                |                                           |                                             |  |        |                |   |       |         |
|----------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--------|----------------|---|-------|---------|
| 利用者情報          | ふりがな氏名                                    | 男・女                                         |  | 生年月日   | M・T・S          | 年 | 月     | 日生( 歳)  |
|                | 住 所                                       | 〒 区 丁目 番 号                                  |  |        |                |   |       |         |
|                | 要介護度                                      | 支1・支2・1・2・3・4・5                             |  | 負担割合   | 1・2・3          |   | 負担限度額 | 1・2・3・4 |
|                | 申込者名                                      | 関係( )                                       |  | 緊急連絡先  | Tel            |   | Fax   |         |
|                | 家族状況                                      | 同居 独居 高齢者世帯 その他( )                          |  |        |                |   |       |         |
|                | 申込理由                                      | 介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・本人の希望・その他( )               |  |        |                |   |       |         |
| 身体状況           | 移 動                                       | 歩行(自立 つたい歩行 介助) 杖(有 無) 車いす(自操 介助) 歩行器       |  |        |                |   |       |         |
|                |                                           | 転倒の可能性(大 中 小)                               |  | その他注意点 |                |   |       |         |
|                | 排 泄                                       | 自立 介助 ポータブル リハパン オムツ パット 普通の下着              |  |        |                |   |       |         |
|                |                                           | その他注意点                                      |  |        |                |   |       |         |
|                | 食 事                                       | 自立 介助(見守り 一部介助 全介助) 主食( ) 副食( )             |  |        |                |   |       |         |
|                |                                           | その他注意点 糖尿食 減塩食 禁食( )                        |  |        |                |   | 療養食加算 |         |
|                | 入浴形態                                      | 個室 一般浴 機械浴 : 介助の内容( )                       |  |        |                |   |       |         |
|                |                                           | 認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |  |        |                |   |       |         |
|                | 認知症                                       | 問題行動 徘徊 同じ話の繰返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想<br>その他( ) |  |        |                |   |       |         |
|                | 現病名                                       | 伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む                         |  |        |                |   |       |         |
| 医療処置           | 有 無<br>〔 〕                                |                                             |  |        |                |   |       |         |
| 処方内容<br>※別紙でも可 | ※以下に服薬可能なお薬をお書きください。<br>・発熱時／ ・便秘時／ ・不眠時／ |                                             |  |        |                |   |       |         |
| 医師から<br>注意事項   |                                           |                                             |  |        |                |   |       |         |
| 利用希望日          | 居室の希望                                     | 個室 多床室 どちらでもよい                              |  |        |                |   |       |         |
|                | 第1希望                                      | 令和 年 月 日( )～ 日( ) 【泊 日】                     |  |        |                |   |       |         |
|                | 第2希望                                      | 令和 年 月 日( )～ 日( ) 【泊 日】                     |  |        |                |   |       |         |
|                | 希望なし                                      | いつでも可 / (ただし 月上・中・下旬 頃に 泊 日くらいで)            |  |        |                |   |       |         |
|                | キャンセル待ち                                   | 希望する 希望しない                                  |  | 備考     |                |   |       |         |
| 送迎希望           | 有 無                                       | 入所希望時間 AM/PM :                              |  |        | 退所希望時間 AM/PM : |   |       |         |

注:(施設内の事故防止のため、記入情報と現況が著しく違うと認められる場合は、お受入れできない場合があります。)