

# さんじゅ阿佐谷ショートステイ申込書

申込日 年 月 日

事業所名	TEL FAX	担当者
------	------------	-----

利用者情報	利用歴	<input type="checkbox"/> 初回（他のショートステイ利用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 2回目以降		
	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日（歳）
	氏名	<input type="checkbox"/> 女	介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	住所	〒		
	介護者連絡先	ふりがな	続柄	
	氏名	(TEL/携帯)		
	〒 ※同居の場合記載不要			

利用希望	利用期間	年 月 日～ 年 月 日 【備考】
		年 月 日～ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> いつでも可（ 日間）
送迎	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 往路のみ <input type="checkbox"/> 復路のみ <input type="checkbox"/> 往復） <input type="checkbox"/> 希望しない	

※以下は初回の方、1年以上ご利用のなかった方、過去のご利用時と比べご様子変化している方は記入して下さい。

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ）
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ）
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> やっと通じる <input type="checkbox"/> ほとんど話せない
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 付き添い歩行 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（おむつ類使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> おむつ交換
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> トロミ（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要） 主食（ <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー） 副食（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー）
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 睡眠薬（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）
	麻痺・拘縮	
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> ビ-小体型 <input type="checkbox"/> その他） BPSD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	皮膚疾患	皮膚状態： 処置方法：
病歴		
特記事項		

<施設使用欄>

<b>【 月分ショートステイ抽選結果】</b>		担当
利用居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> キャンセル待ち	
利用期間	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	次回、 月分のショートステイお申し込み受付期間は、 【 月 日～ 月 日】になります。よろしくお願いたします。	

