

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ケアハウス 共通【新規利用者様用】

令和 年 月分 ショートステイ予約申込表

※ 予約はFAXのみとなります。 申込日 令和 年 月 日

FAX番号 03-5318-3712

ふりがな	性別	介護認定区分	※ケアハウスは要介護の方のみ利用可
利用希望者 氏名 様 (歳)	男・女	要介護 () 要支援 ()	
主介護者 氏名 様 (続柄)	電話番号	-	-
居宅介護支援事業所名	ケアマネ氏名		
電話番号	FAX番号		

予約希望	いつでも ・ 上旬 ・ 下旬	希望日数	日間程度	
	※ 日付を限定する場合は、その理由を下記に記入してください。 月 日 () ~ 月 日 () まで			
※ 理由				
送迎希望	入所日	自己 ・ 施設	退所日	自己 ・ 施設
	※車両台数等により、送迎が当施設側で行えない場合がありますのでご了承ください			
送迎不可となった場合 <input type="checkbox"/> 自己送迎可 <input type="checkbox"/> 自己送迎不可 (応相談)				
施設希望	() 特養のみ希望する	() 老健のみ希望する ※	() ケアハウスのみ希望する	
	() 特養・老健・ケアハウスのどちらでも良い			
※老健の場合 () 個室希望 () 多床室希望 () どちらでも良い				
キャンセル待ち希望	負担限度額認定証	利用者負担段階	生活保護の受給	
有 ・ 無	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	有 ・ 無	

☆ 以下は身体状況等についてご記入をお願いします。

移動状況	自立・一部介助・車いす使用・全介助・その他 ()		
食 事	自立・一部介助・全介助		
排 泄	自立・一部介助・全介助		
認 知 症	軽度・中度・重度・なし		
迷惑行為	徘徊・介護拒否・その他 () ・なし		
医療行為の必要性	インシュリン注射	あり	なし
	経管栄養	胃ろう 鼻腔	なし
	ストマ	あり	なし
	バルンカテーテル	あり	なし
	在宅酸素	あり	なし
	褥瘡	あり	なし
その他、具体的に			

予約についての回答

回答日 月 日

回答担当者

ご予約日	月 日 () ~ 月 日 () 日間	キャンセル待ち
ご予約施設	特養ショート ・ 老健ショート ・ ケアハウスショート	
入 退 所	入所 (自己・施設 : 頃) 退所 (自己・施設 : 頃)	
連絡事項	<input type="checkbox"/> 入・退所日が決定しましたので、お知らせ致します。	
	<input type="checkbox"/> 入・退所時間は調整中です。決定後、ご本人様、ご家族様へお知らせ致します。	
	<input type="checkbox"/> 今回のご利用は見送らせて頂きます。()	
	<input type="checkbox"/> キャンセルがあった場合にはご連絡させていただきます。	
	<input type="checkbox"/>	

ショートステイ新規利用者情報

1. 基本情報

氏名			性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
現住所	〒 -			
緊急連絡先	氏名			続柄
	TEL (自宅)	-	-	TEL (携帯)
サービス利用	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他()			

2. 医療情報

既往歴				
内服薬の有無	有・無 管理(自己・家族・施設)			
	アレルギーの有無 有・無			
主治医	病院名()		電話番号()	
緊急時搬送先	病院名()		電話番号()	
	※希望があればご記入ください			
視力	普通・見えにくい・見えない (内容:)			
聴力	普通・聞えにくい・聞えない (内容:)			
発語	普通・やや不自由・不自由 (代替:)			
コミュニケーション	意思伝達: できる・あまりできない・ほとんどできない・できない			
	会話理解: できる・あまりできない・ほとんどできない・できない			
	日常の意思決定: できる・あまりできない・ほとんどできない・できない			
麻痺	なし・あり (部位:)			
拘縮	なし・あり (部位:)			
褥瘡	なし・あり (部位:)			
本人・家族からの希望・注意点など				

[食事について]				
食事形態	主食	常食・常軟・粥・刻み・ミキサー	副食	常食・サイコロ・刻み・ミキサー
	その他			
摂取方法	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具（自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）			
禁食	無 ・ 有（ ）		アレルギー（ ）	
咀嚼・嚥下困難	なし ・ あり（ ）			
義歯	なし ・ あり（管理： 自己・施設 ）（内容： ）			
エプロン	使用 ・ 非使用	喫煙	有 ・ 無	飲酒
備考				
[排泄について]				
排泄感覚	尿意	有 ・ 無	便意	有 ・ 無
日中	トイレ・Pトイレ・尿器・リハビリグッズ・パット・おしりふき・パルソ （自立・見守り・一部介助・全介助）			
夜間	トイレ・Pトイレ・尿器・リハビリグッズ・パット・おしりふき・パルソ （自立・見守り・一部介助・全介助）			
排便コントロール	無 ・ 有（ 下剤 ・ 浣腸 ・ その他 ）			
備考				
[入浴について]				
入浴方法	機械浴 ・ リフト浴 ・ 一般浴 ・ 個人浴	場所	自宅 ・ 通所	
洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	洗身	自立・一部介助・全介助	
備考				
[その他]				
移動方法	独歩・杖・伝い歩き・歩行器・車椅子（自操 可・不可）・電動車いす			
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
基本動作	寝返り：可 ・ 不可	起き上がり：可 ・ つかまれば可 ・ 不可		
寝具	布団 ・ ベッド（ エアマット使用 有 ・ 無 、 L字柵 使用 ・ 不使用 ）			
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助（ ）			
睡眠	良 ・ 不良（服薬：あり・なし）（内容： ）			
整容・歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
備考				
[行動について]				
感情が不安定	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
暴言・大声を出す	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
常時の徘徊	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
落ち着きなし	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
外出して戻れない	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
収集癖	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
物や衣類を壊す	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
不潔行為	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
異食行動	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
物や人へのこだわり	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
他動または行動の停止	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
自傷行為・他害行為	いつもある ・ ときどきある ・ ほとんどない ・ ない			
認知症対応方法				
性格 ・ 趣味				
家屋の状況				
その他				

※不明な点は未記入で構いません。