

短期入所生活介護事業 和寒町短期入所サービスセンター芳生苑

利 用 申 し 込 み 書

年 月 日

和寒町社会福祉協議会 会長 様

次のとおり、短期入所生活介護事業：和寒町短期入所サービスセンター芳生苑利用の申し込みをします。

申込者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)

利用者との関係

利 用 者	氏名			男・女	生年月日	年 月 日	歳	年 月 日
	住所						TEL	
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		時 分	時 分	日間			
	(午前・午後 迎~ 有・無)			(午前・午後 送~ 有・無)				
要 介 護 度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
認 定 年 月 日	/ /	有効期限	/ / ~ / /	番号				
介護認定調査機関		区分支給 限度額		利用限度 日数	/6ヶ月	振替分		
介護サービス計画作成機関				介護支援専門員				
医療機関名				主治医名				
医療機関住所				TEL				
身元引受人	住所			関係				
	氏名			TEL (連絡先)				

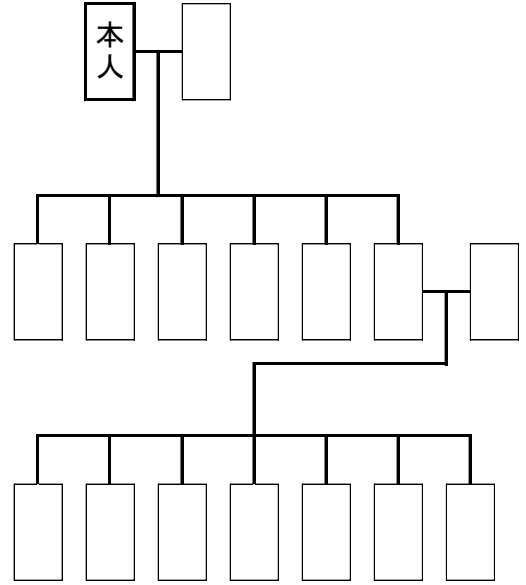
添付書類

- ・介護保険被保険者証
- ・要介護認定調査票
- ・主治医意見書
- ・ケアアセスメント表(方式)
- ・介護サービス計画書
- ・その他()

受付印

同居親族の状況

同居親族	氏名	続柄	年齢	職業	備考



その他の親族(三親等内)

氏名	続柄	年齢	職業	住所	TEL	緊急時連絡順

家族の町外外出時の連絡先、もしくは携帯電話番号

連絡者又は場所	緊急連絡時電話番号
---------	-----------

在宅介護サービスの利用状況

サービスの種類	頻度	サービス内容	備考

周辺の地図



※送迎の際に、必要となります。目印になる建物などを中心にお願いいたします

項目	動作・内容	特記事項	課題分析	
食事・水分	主食	<input type="checkbox"/> 普通食 · <input type="checkbox"/> お粥 · <input type="checkbox"/> パースト		
	副食	<input type="checkbox"/> 普通食 · <input type="checkbox"/> 荒刻み · <input type="checkbox"/> 刻み · <input type="checkbox"/> ソフト · <input type="checkbox"/> パースト		
	麺類	<input type="checkbox"/> 普通 · <input type="checkbox"/> お椀 · <input type="checkbox"/> 刻み長さ (cm)		
	パン類	<input type="checkbox"/> 問題なし · <input type="checkbox"/> あり ()		
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 ()		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 ()		
	禁食	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 ()		
	使用物品	<input type="checkbox"/> 箸 · <input type="checkbox"/> スプーン · <input type="checkbox"/> フォーク · <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>		
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 部分(上) · <input type="checkbox"/> 部分(下) · <input type="checkbox"/> 総義歯 · <input type="checkbox"/> 無(自歯) · <input type="checkbox"/> 安定剤		
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助 · <input type="checkbox"/> 経管 · <input type="checkbox"/> 胃ろう		
	水分	<input type="checkbox"/> ポカリ · <input type="checkbox"/> お茶 · <input type="checkbox"/> 水ゼリー · <input type="checkbox"/> ごっくんゼリー · <input type="checkbox"/> 冷水		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	トロミ剤	<input type="checkbox"/> 不要 · <input type="checkbox"/> 必要 ()		
むせ込み	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 ()			
排泄	場所	<input type="checkbox"/> トイレ · <input type="checkbox"/> 常時・夜 · <input type="checkbox"/> 常時・夜 · <input type="checkbox"/> 常時・夜間		
	使用物品	<input type="checkbox"/> 布パツ · <input type="checkbox"/> 紙オムツ · <input type="checkbox"/> 紙パンツ · <input type="checkbox"/> パッド · <input type="checkbox"/> 2way		
		<input type="checkbox"/> 尿器 · <input type="checkbox"/> カテーテル · <input type="checkbox"/> ストーマ		
	状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	尿意	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> あいまい		
	便意	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> あいまい		
	排便頻度	日に1回		
下剤	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> プル 1錠 <input type="checkbox"/> 70 g <input type="checkbox"/> 水滴			
基本動作	麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 · <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 完全麻痺 · <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> その他		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 右上肢 · <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> アームウォーカー · <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> 杖 · <input type="checkbox"/> シルバーカー		
		<input type="checkbox"/> 車椅子 · <input type="checkbox"/> スイング · <input type="checkbox"/> リクライニング <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			
移動状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 誘導 · <input type="checkbox"/> 付き添い · <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	種類	<input type="checkbox"/> 個浴 · <input type="checkbox"/> リフト浴 · <input type="checkbox"/> 機械浴		
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
清潔・更衣	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	爪切り	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	上衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	ズボン・パツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
IADL	調理	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		

項目	動作・内容	特記事項	課題分析	
医療面	服薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	貼り薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	塗り薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	目薬	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	吸入	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	在宅酸素	安静時 (ℓ) 動作時 (ℓ)		
	使用状況	<input type="checkbox"/> 自立 · <input type="checkbox"/> 見守り · <input type="checkbox"/> 一部介助 · <input type="checkbox"/> 全介助		
	1日/1注射	(朝 単位) (昼 単位) (夕 単位)		
	皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 現症あり · <input type="checkbox"/> 皮膚科通院中 <input type="checkbox"/> NS処置		
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 弱視 · <input type="checkbox"/> 全盲		
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 (使用時～)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 · <input type="checkbox"/> 少し遠い · <input type="checkbox"/> 難聴 · <input type="checkbox"/> 聞こえない		
	補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 · <input type="checkbox"/> 左耳 · <input type="checkbox"/> 両耳 · <input type="checkbox"/> 無		
	会話	<input type="checkbox"/> 話せない · <input type="checkbox"/> 話せる		
	理解	<input type="checkbox"/> できない · <input type="checkbox"/> できる		
	他者との交流			
	性格			
	宗教			
	趣味	<input type="checkbox"/> ない · <input type="checkbox"/> ある		
	喫煙歴			
	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲めない · <input type="checkbox"/> 飲める		
精神行動障害	被害妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	幻視幻聴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	暴言暴行	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	収集癖	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	火の不始末	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
	不潔行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
異食行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある			
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある			
介護力				
他サービス				
族本の人要・望家				