

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

社会福祉法人ゆうゆう 理事長 大原 裕介 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。

住 所
 申込者
 氏 名 (印)

利用者との関係

利 用 者	氏名		男・女	生年月日	齢・疋・嘲 年 月 日		
	住所			歳	Tel		
利 用 期 間		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 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		振替分 /6ヶ月
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

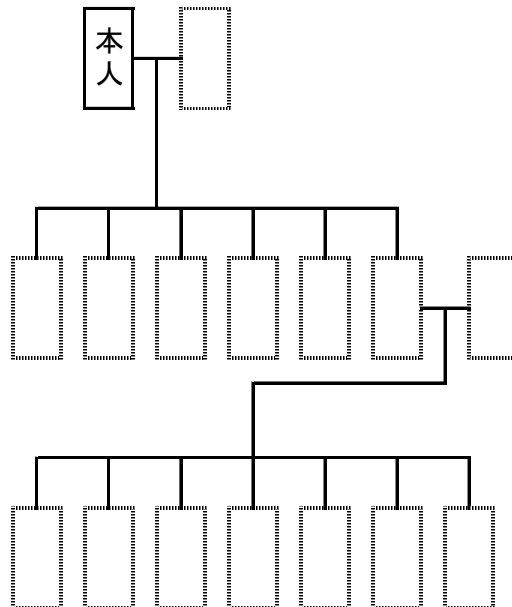
- ・介護保険被保険者証
- ・要介護認定調査票
- ・主治医意見書
- ・ケアアセスメント表(方式)
- ・介護サービス計画書
- ・その他()

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をお願いいたします

アセスメントシート 2

様

年 月 日

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"/> ペースト		
	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"/> ペースト		
	麺 類 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> お碗 <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"/> ボカリ <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水ゼリー <input type="checkbox"/> こっくんゼリー <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"/> 常ホ-タ <input type="checkbox"/> 夜ホ-タ <input type="checkbox"/> 常時ホ-タ <input type="checkbox"/> 夜間ホ-タ		
	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 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・パンツの着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
I A D L	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（ 〇 ） 動作時（ 〇 ）		
	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		
	インサ注射	（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				
サ ー 他 の ス				
族 本 の 人 要 ・ 望 家				