

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

(印)

氏 名

利用者との関係

利 用 者	氏名			男 ・ 女	生年月日	暦・延・曆	年	月	日
	住所				歳	TEL			
利 用 期 間	年 月 日 (午前・午後 時 分) 迎～ 有・無		～	年 月 日 (午前・午後 時 分) 送～ 有・無	日間				
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)				

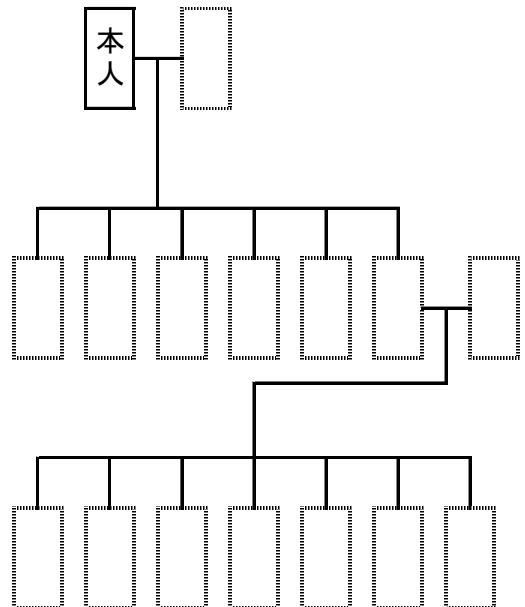
添付書類

- ・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にお願いいたします

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"/> ベースト		
	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"/> ベースト		
	麺 類	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> お 梶 <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"/> 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"/> 常ボータ <input type="checkbox"/> 夜ボータ <input type="checkbox"/> 常時ねづ <input type="checkbox"/> 夜間ねづ		
	使用物品	<input type="checkbox"/> 布ハツツ <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		
基本動作	下 剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ブル 錠 <input type="checkbox"/> ノ g <input type="checkbox"/> 水 滴		
	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		
入浴	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		
	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		
清潔・更衣	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	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		
IADL	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		
	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 灌	<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 ()		動作時 ()		
	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	
	イヌリ注射	(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			
精神行動障害	喫煙歴					
	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲めない	<input type="checkbox"/> 飲める			
	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		
介護力	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		
サ・他 ビの ス	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある		
族本 の本人 要望家						