

特別養護老人ホーム花嵐 ショートステイ申込書

FAX=06-6699-6467

				申込日	年	月	日
申込者	氏名			続柄			
	住所	大阪(府・市) 区					
利用者	氏名			生年月日	年	月	日(歳)
	住所	大阪市 区					
	電話						
介護状況	要介護(1・2・3・4・5) / 要支援(1・2)						
	日常生活自立度判定基準(I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)						
制度利用	介護保険負担限度額認定	有・無	社会福祉法人等利用者負担軽減認定	有・無	<input checked="" type="checkbox"/>		
	生活保護受給認定	有・無	【有の場合】生活保護担当者名=				
連絡先	氏名	住所		電話		居住	続柄
				①		同居	
				②		別居	
				①		同居	
				②		別居	
既往歴 現病歴 治療	*利用中に主治医に往診を依頼、または、病歴や薬の処方について、相談させていただく場合があります。					家族構成・主介護者	
主治医	医療機関名						
	電話		利用中の往診	可・否	主な介護者=		

ADL	項目	評価基準				特記事項
食事	食事摂取	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
	食事形態	主食	1. 常食	2. 粥	3. ミキサー	4. ゼリー
副食		1. 常食	2. 刻み	3. 極刻み	4. ミキサー	5. ゼリー
排泄	尿意	1. あり	2. ときどき	3. なし		
	便意	1. あり	2. ときどき	3. なし		
	失禁	1. あり	2. ときどき	3. なし		
	排泄後始末	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
着脱	上着の着脱	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
	ズボンの着脱	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
入浴	浴槽出入り	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない	
	洗身	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない	
	浴槽出入り	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない	
移乗・移動	移乗	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない	
	立ち上がり	1. つかまらず可	2. 何かにつかまれば可	3. できない		
	歩行	1. つかまらず可	2. 何かにつかまれば可	3. できない		
	起き上がり	1. つかまらず可	2. 何かにつかまれば可	3. できない		
特記事項						

居宅介護支援事業者記入 * 居宅介護支援事業者は、必ず下記の欄をご記入ください。

事業者名	
担当者	
電話	
FAX	

* 特別養護老人ホーム花嵐記入欄

決済日	年	月	日
面接日	年	月	日
利用開始日	年	月	日
施設長	課長	担当者	
印	印	印	