

入所・デイケア・ショートステイ利用申込書

申込日 年 月 日

希望 内容	<input type="checkbox"/> 入所
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 年 月 日頃から ()日間程度、送迎(要・不要)
	<input type="checkbox"/> デイケア 年 月 日頃から 週()回程度、()曜日、送迎(要・不要)

利 用 者	フリガナ	男 ・ 女	生年月日		
	氏名		明治 大正 昭和	年 月 日 ()歳	
者	住所 〒	TEL ()			
	介護保険	未認定・申請中・認定済み (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)			
家 族 連 絡 先	氏 名		続柄	住 所	TEL
	(申込者)				①
					②

担当 CM	居宅介護支援事業所名	担当者	連絡先①
			連絡先②
現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中(独居・夫婦のみ・家族同居)		
	<input type="checkbox"/> 入院中	(病院名:)	平成 年 月 日より
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	(施設名:)	平成 年 月 日より
	<input type="checkbox"/> その他;		
移動 手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子		自立・見守り・一部介助・全介助
過去、介護施設へ入所されていた事がありますか。(必ずご記入下さい)			
<input type="checkbox"/> ある 施設名 () H 年 月 日～ H 年 月 日			
施設名 () H 年 月 日～ H 年 月 日			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> 何か伝えておきたいことがあればご記入ください			

添付書類

診療情報提供書、日常生活動作表、介護保険証の写し
(デイケア・ショートステイのご利用決定後、ケアプランをお願いいたします。)

記入日 年 月 日

利用者名

様

身体状況及び日常生活動作

麻痺等	麻痺・筋力低下 有 無	上肢（右・左）、全身 下肢（右・左）、その他	
	可動域制限 有 無	肩・肘・膝・股・手指 その他	
動作	寝返り	できる・つかまれば可・できない	
	起き上がり	できる・つかまれば可・できない	
	座位保持	できる・支えで可・できない	
	立位保持	できる・つかまれば可・できない	
	立ち上がり	できる・つかまれば可・できない	
	歩行	自立・見守り・一部介助・不可	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移動手段	自立・杖・歩行器・車椅子・その他	
	衣服着脱 上	自立・見守り・一部介助・全介助	
	下	自立・見守り・一部介助・全介助	
食事	食 種	普通食・治療食（ ）	
	主食	米飯・かゆ・ミキサー・その他	
	副食	普通・きざみ・ミキサー・その他	
	摂取動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
	摂取量	割程度	
	嚥下	できる・見守り・できない	
排泄	昼 場所：	トイレ・Pトイレ・尿、便器・その他	下着：おむつ・リハパン・パット・パンツ
	夜 場所：	トイレ・Pトイレ・尿、便器・その他	下着：おむつ・リハパン・パット・パンツ
	排尿動作	尿意 有 無 自立・見守り・一部介助・全介助	
	排便動作	便意 有 無 自立・見守り・一部介助・全介助	
	便回数	ほぼ毎日・2,3日おき・その他 下剤 有 無	
睡眠	睡眠状態	良 ・ 不眠傾向 睡眠剤 有 無	
清潔・整容	入浴	一般浴・特浴（キカイ浴）・清拭	
	洗身動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	
	入れ歯 有 無	上 （総・部分） 下 （総・部分）	
	洗顔	自立・見守り・一部介助・全介助	

診療情報提供書

(通所リハビリテーション・短期入所療養介護)

フリガナ 氏名	男・女	生年 月日	M・T・S 年 月 日 歳
住所	TEL		
傷病名	1	発症年月日 年 月	
	2	発症年月日 年 月	
	3	発症年月日 年 月	
既往歴 及び 経過 その他 特記 すべき 事項	処方 内容		内服薬
			外用薬
感染症	有・無	HBs抗原 HCV抗体 MRSA 結核菌 梅毒	皮膚疾患 [有・無] 褥瘡 [有・無] 疥癬 [有・無] (部位)
通所リハビリテーションの可否	短期入所療養介護の可否		入浴の可否
可・否	可・否		可・否
入浴の際に留意すること			
リハビリ施行の際に留意すること			
現時点における利用にあたっての診断は、上記のとおりです。			
平成 年 月 日			
住所 _____			
医療機関名 _____			
医師名 _____			