

平成新高苑ショートステイ(短期入所)利用申込書

利用者	ふりがな		男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
	氏名					
	住所	〒 -				
	連絡先	電話() 携帯()				
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 保険者番号: 有効期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階) <input type="checkbox"/> 生活保護 その他					
申込者	ふりがな		続柄	連絡先		
	氏名			電話()	携帯()	
	住所	〒 -				
上記以外の 緊急連絡先	ふりがな		続柄	緊急連絡先		
	氏名			電話()	携帯()	
	住所	〒 -				
生活状況	家族状況	家族の名前	続柄	同居/別居		
				同 / 別		
				同 / 別		
				同 / 別		
				同 / 別		
居宅介護支 援事業所	事業所名:			電話 ()	-	
	担当者名:			FAX ()	-	
	住所: 〒					
主治医 情報	病院名					
	住所		電話 ()	-		
	主治医					
	指定救急搬送先		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
薬	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> お薬表)					

【必要書類】

- ① 利用申込書 ② 日常生活動作調査表 I、II
- ③ ○○さんを知る為のシート
- ④ 診療情報提供書 (既往歴・血液検査の結果・服薬内容のわかるもの)
- ⑤ 介護保険証、負担限度額認定証等

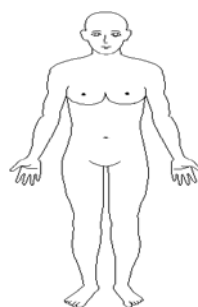
【ショート利用までの流れ】

平成新高苑に必要書類を送る→頂いた情報を医務にも確認し、ショートで対応可能か総合的に判断致します→対応可能であればご本人様の現状の把握のために面接を設定します→日時の細かな設定・契約→ショートご利用となっております。

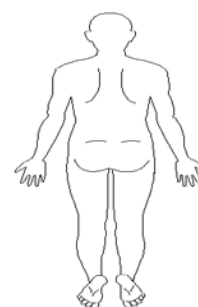
日常生活動作調査表 I

食事・水分摂取	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> カユ	<input type="checkbox"/> おにぎり	<input type="checkbox"/> ミキサー
		副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> キザミ (<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小)			<input type="checkbox"/> ミキサー
	治療食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (摂取カロリー kcal)				
	摂取量						
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し悪い	<input type="checkbox"/> 悪い			
	必要物品	<input type="checkbox"/> はし	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> その他()	
	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	水分	トロミ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
		飲水	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良			
		制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (ml/日)			
問題点	<input type="checkbox"/> 食事量の不足	<input type="checkbox"/> 水分量の不足			<input type="checkbox"/> 誤嚥のリスク		
	<input type="checkbox"/> 備考()						
	好きな物						
	嫌いな物						
	禁止食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 尿失禁(少量・多量)		
	便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 便失禁(少量・多量)		
	日中	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ+パット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ+パット		<input type="checkbox"/> オムツ+パット	
		<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他()			
夜間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ+パット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ+パット		<input type="checkbox"/> オムツ+パット		
	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他()				
問題点	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 尿量不足	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢			
	<input type="checkbox"/> その他()						
排泄	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	傷・内出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	湿疹・かぶれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	水虫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	かゆみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	むくみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
問題点							
睡眠	睡眠薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
	状態	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 時々不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
ADL	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<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"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	屋内	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 伝え歩き	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	(<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自操)
	野外	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 伝え歩き	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	(<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自操)	

<正面>



<背面>



日常生活動作調査表Ⅱ

	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	転倒	6か月以内 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	義歯	<input type="checkbox"/> なし 自己管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 可	(<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 上 装着時間	<input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 総義歯) <input type="checkbox"/> その他()
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 全介助		
	視力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 眼鏡 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)					
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)					
	会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 全く話せない <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> やや不自由					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> その時のみ可					
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	暴言	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> スタッフへ <input type="checkbox"/> 利用者へ)					
	暴力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> スタッフへ <input type="checkbox"/> 利用者へ)					
	不潔行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	夜間不眠・不穏	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり (対処方法)					
	帰宅願望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	離設行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	収集行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	異食行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
精神状態・認知症	介護拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり (場面)					
	独語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	幻聴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	幻覚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	性的問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	大声・叫声	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	物忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
	危険認知困難	ベッドからの起き上がり			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり
		車椅子等からの立ち上がり			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり
問題点							
特記事項							

さんを知る為のシート

氏名 _____ 様 _____ 生年月日 M・T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ - _____ 性別 男・女

本籍地 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

身元引受人氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

身元引受人住所 〒 _____ - _____ 携帯 _____

さんのこれまで

生活歴

出生地

_____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____ ⇒ _____

お仕事

結婚歴（旧姓・子供の有無）

趣味

自慢

好きな音楽

信仰

おしゃれ

口癖

今までの大きな病気・怪我

最終学歴

苦労話し

食へのこだわり

以前よく行った場所

お風呂へのこだわり

さんはこれが好き・嫌い

好き

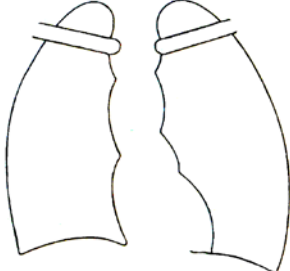
嫌い

さんの家族からみた性格

さんと家族の方の思い・願い

特別養護老人ホーム 平成新高苑

診療情報提供書

利用者氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和	年	月	日生	歳	介護度()
住所	〒			電話				
身長	cm	体重	kg	血压	/	脈拍	分	不整(有 無)
感染症	HBs 抗原 (- +)		HCV 抗体 (- +)		撮影日(年 月 日) 			
	Wa-R・TPHA定性 (- +)		MRSA (- +) (喀痰・咽頭・鼻腔・尿・その他)					
			検査日(年 月 日)					
心電図	異常あり・異常なし 所見 (年 月 日)							異常(有・無) 所見
現病歴及び発症年月日								
既往歴及び発症年月日								皮膚疾患 (有 無) 疥癬 (有 無) 褥瘡 (有 無) 白癬 (有 無) 浮腫 (有 無)
生活の様子	認知症 (有 無)			四肢及び運動障害				
在宅治療	有・無			栄養状態 良好・不良				
ベースメーカー	有・無			障害手帳 有・無 級				
血液検査 検査日 (/)	白血球		TP		総コレステロール		尿酸	
	赤血球		Ab		BUN		空腹時血糖	
	ヘモグロビン		GOT		クレアチニン		CRP	
	ヘマトクリット		GPT		Na		Fe	
	血小板		中性脂肪		K			
尿検査 検査日 (/)	糖()		蛋白()		潜血()	*特養入所者のみ	検便 検査日 (/)	便潜血()
服薬中の 薬剤名 及び 外用薬								
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日						住所 電話 医師		