

新宿けやき園 新規ショートステイ申込書

事業所名		TEL	
		FAX	
担当者		申込日	年 月 日

利用者情報	フリガナ		生年月日	M T S	年 月 日 () 歳	
	氏名		性別	男 女		
	住所	〒				
	要介護度	1 2 3 4 5		家族状況	同居 独居 高齢者世帯	
	フリガナ		続柄	TEL		
	家族氏名			携帯		

身体状況	移動	歩行(自立 つたい歩行 介助) 杖 車椅子(自走 介助) 歩行器 シルバーカー 転倒の危険性(頻繁 まれ 無し) 注意点				
	食事	自立 見守り 介助		主食: 常食 軟飯 全粥 ソフト ミキサー		
				副食: 原形 一口大 キザミ ソフト ミキサー		
	注意点()					
	排泄	自立 見守り 介助		排泄方法: トイレ Pトイレ ベッド上 バルンカテーテル		
				使用: リハパン オムツ パット 尿器 普通の下着		
	同性介助希望(有 無) 注意点()					
	入浴	自立 見守り 介助		入浴形態: 個浴/一般浴 リフト 座浴 ストレッチャー浴		
				同性介助希望(有 無) 注意点()		
	認知症	有 無	問題行動	・徘徊 ・帰宅願望 ・暴言 ・暴力 ・興奮 ・昼夜逆転 ・異食 ・物取られ妄想 ・介護拒否 ・物の収集 ・感情失禁 ・不潔行為 その他()		
認知症老人の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V						
病歴 <small>(時期と医療機関もご記入ください)</small>						
医療処置	有 無 ()		エアマット使用	必要 不要		

※送迎を利用する場合、午前中のみ対応となります。また、送迎対応出来ない地域もございますのでお問い合わせください。
 ※要支援 I II の方、生活保護対象の方はご利用できませんので、予めご了承ください。
 ※医療処置の必要な方の場合、内容、または施設の受け入れ状況によりご利用できない場合がありますので、お問い合わせください。
 ※申し込み状況によってはご希望の期間をお取りする事が出来ず、日程変更をしてお案内、またはご利用が出来ない場合がございます。その際は、他利用者様のキャンセルがございましたらご案内させていただきますので、あらかじめご了承ください。

ご希望日	① 日にち指定 月 日() ~ 月 日()	※ 初回のご利用は、 2泊3日のみで お願いしております。
	② 月 旬頃	
	③ いつでも可	