

聖ヨゼフ老人ホームショートステイ利用申込書

1. 第一緊急連絡先

フリガナ		続柄	同居の有無
氏名			<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居
住所	〒		
第一 連絡先	携帯 電話		左記以外の 緊急連絡先

2. 第二緊急連絡先

フリガナ		続柄	同居の有無
氏名			<input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居
住所	〒		
第二 連絡先	携帯 電話		左記以外の 緊急連絡先

3. ショートステイ利用を希望する方について（名前や生年月日、介護保険情報等）

フリガナ		性別	生年月日・年齢		
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生まれ (歳)	
住所	〒		電話 番号		
介護保険 被保険者番号			保険者		
			保険者番号		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
認定日	年 月 日	介護保険被保険者証 の認定有効期間	開始 終了	年 月 日 から 年 月 日 まで	

8.身体機能とADL（日常生活動作）

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）		
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）		
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> かなり見にくい <input type="checkbox"/> 全盲		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない（補聴器： <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし）		
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		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 装具（_____）		
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器・手すりつかまり歩き <input type="checkbox"/> 介助者手引きなど <input type="checkbox"/> 車椅子		
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれなど支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ゼリー・ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大キザミ <input type="checkbox"/> 細かいキザミ <input type="checkbox"/> ゼリー・ペースト	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に_____）		
排尿	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	動作	昼間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
種類	昼間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 排尿カテーテル	
	夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器		
排便	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	動作	昼間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
動作	昼間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 差込便器	<input type="checkbox"/> ストマ	
	夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 差込便器		
入浴	種類	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴（座位式） <input type="checkbox"/> 機械浴（臥床式） <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他（_____）	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	