

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」 短期入所申込書

(新規申込または変更届用)

申込年月日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」施設長 様

《申請者》 氏 名 (印) 続柄 ()
(身元引受人) 〒 -
住 所
電話番号 () -

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」に短期入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

記

《短期入所を希望する人》

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢	満	歳
住所	〒 電話番号() -					
介護保険被保険者番号		認定期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
認定日	令和 年 月 日	要介護度	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
介護保険負担限度額認定証の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (第一段階・第二段階・第三段階①・第三段階②)					
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担					
ご利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日					
生活の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし		自宅で介護が必要になった時期(年 月頃から)			
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居		自宅で介護が必要になった時期(年 月頃から)			
	<input type="checkbox"/> 福祉施設(特養等)に入所中(施設名)【時期: 年 月 日から入所】			
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名)【時期: 年 月 日から入院】			
家族構成 身体状況 医療状況 精神状況	別紙1のとおり					
在宅サービス利用状況	デイサービス(日/週) 訪問介護(日/週) 訪問看護(日/週) 訪問入浴(日/週)					
	ショートステイ(日/月) 通所リハビリ(日/週) その他()					
担当介護支援専門員	居宅介護支援事業所名・氏名()					
緊急連絡先	氏名		続柄()	電話番号		

【別紙 1】

《家族構成》(同一生計者) ※独居の場合は、別居している子、兄妹などの二親等までご記入下さい。

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)	電話番号	備考

《身体状況》

移動	自立(独歩・杖・歩行器・車椅子) 介助(歩行器・車椅子) 這う・躰る 不可	視力障害	なし・弱視(左・右)・全盲
食事	自立・一部介助・全介助・経管栄養(胃ろう)	聴力障害	なし・やや難聴(左・右)・難聴(左・右)
食事形態	主食(常食・粥・ミキサー)副食(常食・刻み・ミキサー)	言語障害	なし・少し不自由・不自由
排泄	自立(トイレ・ポータブル)・一部介助(トイレ・ポータブル) 全面介助(トイレ・ポータブル・便尿器)・おむつ・その他	会話	普通・どうか可・不可
		歯の障害	なし・一部入れ歯・総入れ歯
入浴	自立・一部介助・全介助	失禁	なし・あり
着脱衣	自立・一部介助・全介助	床ずれ	なし・あり(部位:)
寝返り	自立・一部介助・全介助・不可	麻痺	なし・あり(部位:)

《医療状況》

経管栄養
 胃ろう
 IVH
 インシュリン注射
 透析
 在宅酸素
 床ずれ
 バルーンカテーテル
 人工肛門
 人工膀胱
 その他()

現在治療中の病気

病名	通院医療機関名	期間
		年 月 日 ~
		年 月 日 ~
		年 月 日 ~

主治医

医療機関名	医師名

《精神状況》

認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽度・中度・重度)	理解力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々できる
記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(軽度・中度・重度)	意志伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> できない
行動・心理症状	無・有 幻視・幻聴・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・不潔行為・火の不始末・異食行動・徘徊・その他()		

介護、看護上注意する事等がありましたらご記入ください。