ショートステイさみた 利用申込書

＊該当する項目に☑してください

申込日 令和　　年　　月　　日

ご本人様の状況		ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
		氏名			☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 歳
		住所	〒 電話番号 （ ）		
	介護保険	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
		認定期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日		
		保険者	番号	被保険者番号	
		認定年月日	平成・令和 年 月 日	負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
		負担限度額	☐ 申請済 （ ☐ 第4段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 第2段階 ☐ 第1段階 ） ☐ 申請未		
	現在居所	居所	☐ 自宅で単身 ☐ 夫婦で生活 ☐ 家族と同居 ☐ 介護施設入所中 ☐ 病院入院中		
		施設・病院の名称		所在地	〒 －
		入所・入院期間	平成・令和 年 月 日から 入所 ・ 入院中		
	在宅サービス	居宅介護支援事業所		担当ケアマネ	
		利用中のサービス	☐ 訪問介護 /週 ☐ 訪問看護 /週 ☐ 訪問リハ /週 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 通所介護 /週 ☐ 福祉用具購入 ☐ 住宅改修 ☐ 通所リハ /週 ☐ ショートステイ 日程度/月 事業所名：		
	医療の状況	治療中の病名・既往歴	病名 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インスリン ☐ 人工肛門 ☐ カテーテル ☐ 気管切開 ☐ 人工透析 ☐ その他 （ ）		
		主治医	病院	担当医師名	
		上記以外に通院している医療機関			
		主な入院歴	医療機関名 疾病名 年 頃 医療機関名 疾病名 年 頃 医療機関名 疾病名 年 頃		

ショートステイさみた 利用申込書

介護者の状況	主介護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	続柄	生活（本人と）
		氏名		男 ・ 女		同居 ・ 別居
		住所	〒 ＊同居の場合は記載不要　　電話番号　　（　　）			
	緊急時連絡先	連絡先①	氏名		自宅電話番号	
			続柄	世帯　同居 ・ 別居	携帯電話番号	
		連絡先②	氏名		自宅電話番号	
			続柄	世帯　同居 ・ 別居	携帯電話番号	
		連絡先③	氏名		自宅電話番号	
			続柄	世帯　同居 ・ 別居	携帯電話番号	

ご本人の生活の状況	摂取動作	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
	主食形態	☐ 米飯　☐ 粥　☐ ペースト　☐ その他
	副食形態	☐ 普通　☐ 一口大　☐ 刻み　☐ ペースト
	歯の状況	☐ 自歯　☐ 部分入れ歯（☐ 上　☐ 下） ☐ 総入れ歯　☐ 歯、入れ歯なし
	排泄動作	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助 ☐ 布パンツ　☐ 尿とりﾊﾟｯﾄ　☐ ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ　☐ オムツ ☐ 尿器　☐ ポータブルトイレ　☐ その他
	移動	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助 ☐ 杖　☐ 歩行器　☐ シルバーカー　☐ 車イス ☐ 車イス（☐ 自操　☐ 介助）
	立位	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 掴まれば可　☐ 全介助　☐ 不可
	座位	☐ 座位保持可　☐ 短時間なら保持可　☐ 背もたれ要
	寝返り	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 掴まれば可　☐ 全介助　☐ 不可
	入浴	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
	更衣	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
	会話	☐ 意思疎通できる　☐ 意思疎通できない
	認知症	☐ 認知症はない　☐ 何らかの認知症を有するが、日常生活に支障はない 認知症のため、普段の生活の中で以下の項目に該当する行動等が見られえる場合は☑してください ☐ 物忘れ　☐ 徘徊　☐ 大声、奇声　☐ 収集癖　☐ 夜間不眠　☐ 幻覚、妄想 ☐ 異食　☐ 暴言、暴力　☐ 介護抵抗　☐ 帰宅願望　☐ 同じ話をする ☐ その他（　　）

社会福祉法人やまびこ会ショートステイさみたを利用するにあたり、貴法人の個人情報保護方針を理解し、
介護保険者（市町村）や介護サービス事業所等で必要な個人情報の使用について同意します。

令和　　年　　月　　日

申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿