

短期入所療養介護利用申し込み書 利用者様基本情報①

氏名	ふりがな		性別	生年月日	
			男 女	M・T・S	年 月 日 歳
住所	〒				
介護保険	保険者	被保険者番号	認定年月日	介護度	有効期間
			H 年 月 日	支・介	H 年 月 日～H 年 月 日
家族構成図		家族の氏名	続柄	電話番号	住所

サービス利用状況			
サービス種別	事業者	利用状況	備考

<p>短期入所療養介護ご利用の目的</p>

短期入所療養介護利用申し込み書 利用者様基本情報②

現病歴(発症時期)		既往歴(発症時期、医療機関、入院歴)	
かかりつけ医		電話番号	通院頻度
処方薬		アレルギー	感染症
		薬品 無 有 ()	HBs(抗原) + - HBs(抗体) + -
		食品 無 有 ()	HCV(抗体) + -
		その他 無 有 ()	梅毒 + - MRSA + -

生活史

趣味・嗜好等

短期入所療養介護利用申し込み書 利用者様基本情報③

移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	使用 具	杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	立位 保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
座位 保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	寝返 り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
食事 摂取	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	食事 形態	主食（御飯 ・ 粥 ・ ミキサー ・ 経管栄養） 副食（常菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー）
摂取 状況	むせ込み（有 ・ 無） 食欲（有 ・ 無） 義歯（有 ・ 無） 総入歯 部分入れ歯（上 ・ 下）	制限	減塩食（有 ・ 無） カロリー制限（有 ・ 無） 水分制限 禁止食品
排泄	日中 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 排尿間隔 時間に1回くらい	内容	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ（オムツ ・ 紙パンツ ・ 尿取りパット）
排泄	夜間 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 排尿間隔 時間に1回くらい	内容	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ（オムツ ・ 紙パンツ ・ 尿取りパット）
排泄	バルーンカテーテル ストマ 尿失禁（有 ・ 無） 便失禁（有 ・ 無） 尿意（有 ・ 無） 便意（有 ・ 無）	排便	排便間隔 毎日 二日に一度 三日に一度 浣腸 摘便
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	形態	家庭 ・ デイ一般浴 ・ デイリフト浴 ・ 訪問入浴 一週間での入浴回数 回
更衣	上衣 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	更衣	下衣 自立 見守り 一部介助 全介助
視力 障害	無 ・ 有 左 ・ 右 具体的な様子（ ） 白内障 緑内障	聴力 障害	無 ・ 有 左 ・ 右 具体的な様子（ ） 補聴器
意思 疎通	普通 ・ 困難 具体的な様子（ ）	身長 体重	身長 cm 体重 キロ
認知 症状	無 ・ 有 具体的な様子（ ）	周辺 症状	徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 介護拒否 ・ 大声 ・ 奇声 妄想 ・ 幻覚 ・ 不潔行為 ・ 昼夜逆転 性的行為 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 収集行為