



ショートステイ利用申込書

記入日： 令和 年 月 日

ふりがな		男性	生年月日	
氏名		女性	M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒	TEL		
ふりがな		続柄	住所	〒
申込者氏名			自宅電話番号：	
			携帯番号：	
緊急連絡先	①氏名 続柄() TEL:			家族構成
	②氏名 続柄() TEL:			
介護保険者	市 町 村	介護保険被保険者番号		
要介護度区分	申請中 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5			
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
負担限度額	第 段階	利用者軽減措置の有無	有 ・ 無	
居宅介護支援事業所	TEL:	介護支援専門員	※居宅サービス計画書の添付又はFAXをお願いします。	
かかりつけ医	TEL:	主治医		
		既往歴		
	TEL:	現病		
薬剤情報	自己管理(可・不可) ※薬剤情報の説明書を添付(薬剤が変更になった場合は再度提出)して下さい。 ※内服時に留意点があればご記入下さい。			
医療状況/処置内容等				
介護上の留意点				

○ショート利用時における生活の意向

本人	
ご家族	

情報確認書

社会福祉法人ジェイエー長野会
特別養護老人ホームりんごの郷

記入日: 令和 年 月 日

食事・口腔衛生	食事摂取	自力摂取 一部介助 全介助 他()
	主食	ごはん おにぎり お粥 五分粥 おも湯 他()
	副食	ふつう 大きざみ きざみ 極きざみ ペースト 他()
	苦手な食べ物・アレルギー等	苦手な物: なし あり() アレルギー等: なし あり()
	嗜好品の持参	なし あり ※嗜好品等の持参品は施設でのお預かりとなります
	嚥下状態	問題なし 問題あり() トロミ剤: 使用なし 使用あり()
	注意事項	
	口腔衛生	自立 一部介助 全介助 義歯使用: なし あり(上 下)
移乗・移動	移乗	自立 一部介助 全介助 立位: 不可 可
	移動	自立 介助歩行 手引き歩行 全介助
	福祉用具	杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 他()
排泄	日中	トイレ PTイレ 他() / 布パンツ リハパン パット オムツ / 自立 見守り 一部介助 全介助
	夜間	トイレ PTイレ 他() / 布パンツ リハパン パット オムツ / 自立 見守り 一部介助 全介助
	尿意・便意	尿意: なし 曖昧 あり / 便意: なし 曖昧 あり / 便処置: なし あり()
	注意事項	
入浴・更衣	入浴	一般浴 シャワー浴 特浴 / 自立 一部介助 全介助
	更衣	自立 一部介助 全介助
	皮膚状況	問題なし 問題あり()
	注意事項	
認知・精神障害及び行動状況	認知・精神障害	なし あり()
	行動状況の詳細	
麻痺・拘縮	麻痺: なし あり(部位) 拘縮: なし あり(部位)	
視力	見える 見えにくい 見えない 不明 他() メガネ使用: なし あり	
聴力	聞こえる 聞こえにくい 聞こえない 不明 他() 補聴器使用: なし あり	
コミュニケーション	可能 簡単な会話のみ 「はい いいえ」程度 困難 / 意思表示 不可 可	
特記事項		