



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		歳	
氏名		女性	M・T・S 年 月 日			
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		
認知症 日常生活自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	寝たきり度 日常生活自立度		J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
居宅介護支援 事業所		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				
		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	
移乗・移動	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	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
排泄	福祉用具	杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 他()
	日中	トイレ PTイレ 他() / 布パンツ リハパン パット オムツ / 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 / 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()
入浴・更衣	注意事項	
	入浴	一般浴(シャワーチェア リフトチェア) 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()
認知・精神障害及び行動状況	注意事項	
	認知・精神障害	なし あり()
麻痺・拘縮	行動状況の詳細	
	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		