

セイワ習志野ショートステイサービスセンター利用申込書

居宅介護支援事業所名称 _____

担当ケアマネージャー氏名 _____

指定事業者番号 _____

連絡先電話 _____ FAX _____

セイワ習志野介護老人福祉施設
ショートステイサービスセンター電話 047-453-1000
FAX 047-453-1021

利用者氏名(フリガナ)	男	生 年 月 日
様	女	M・T・S 年 月 日生 (歳)
住所 〒	電話	

家族状況

氏名	続柄	連絡先(住所・電話・携帯電話等)

認定の有効期間、介護度および介護保険負担限度額認定証について

認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月
要支援・要介護認定	要支援 I・II・要介護 1・2・3・4・5・申請中
日常生活自立度	障害【 】・認知【 】
介護保険負担限度額認定証	非該当・第1・2・3 段階
介護保険負担割合証	割

現在利用サービスについて

種類	事業所名	利用頻度(曜日・定期利用等)
通所サービス		
短期入所サービス	セイワ習志野ショートステイサービスセンター	
訪問サービス		

ショートステイ利用希望期間

希望期間	日数	備考(居室希望・送迎 他)
・いつでも可(曜日指定含む)	① 泊希望	
	② 泊希望	
	③ 泊希望	
・期間指定	① 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	② 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	③ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

身体状況・精神状況表

利用者氏名

医療	既往歴	発症時期・薬の情報等ありましたらご記載又は添付をお願いします。
	医療処置	バルーン ・ ストーマ ・ インシュリン注射 ・ その他()
	皮膚疾患	褥瘡(無・有()) ・ 湿疹(無 ・ 有()) ・ その他()
	感染症	無 ・ 有【肝炎() ・ MRSA ・ 疥癬 ・ その他()】
食事	摂取方法	自立 ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助
	食事形態	主(常・軟飯・粥・ミキサー) 副(常・一口・荒刻・刻・ミキサー)
	食事制限	糖尿食(Kcal) 減塩食(g)
移動	移動方法	自立 ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助
	移動手段	独歩 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ シルバーカー
	転倒歴	
入浴	入浴方法	自力浴 ・ リフト浴 ・ 特浴 ・ シャワー浴
排泄	感覚	尿意(有 ・ 無) 便意(有 ・ 無)
	排泄方法	自立 ・ 声掛け誘導 ・ 半介助 ・ 全介助
	排泄場所	トイレ ・ プトイレ ・ パンツ(紙 ・ 布) ・ オムツ(紙 ・ 布)
身体	麻痺	無 ・ 有(部位: 、程度 ; 軽 ・ 中 ・ 重)
	拘縮	無 ・ 有【(部位: 、程度 ; 軽 ・ 中 ・ 重) 補装具(無・有:)】
	視力	生活上支障なし ・ 視野狭窄あり() ・ 全盲 眼鏡: 有 ・ 無
	聴力	生活上支障なし ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 困難 補聴器: 有 ・ 無
	意思疎通	可能 ・ その場のみ可能 ・ 困難
精神	認知症	無 ・ 軽 ・ 中 ・ 重
	記憶理解	普通 ・ 軽い物忘れ ・ 記憶困難
	問題	無 ・ 有【徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 大声 ・ 介護抵抗 ・ その他()】
その他		