

□ショートステイ・□デイサービス 申込書

平成 年 月 日 記録者： 入浴； あり ・なし リハビリ：あり・なし

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
氏名	様		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
			年 月 日 歳		
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
住所	〒		電話	( ) -	
申込者	氏名： (続柄： )		連絡先	電話：	
	ご住所：			携帯：	
緊急連絡先①	氏名： (続柄： )		電話	電話：	
	ご住所：			携帯：	
緊急連絡先②	氏名： (続柄： )		電話	( ) -	
居宅	ご担当：		電話	( ) -	
主治医	病院 科 先生		電話	( ) -	
救急搬送			電話	( ) -	
医療情報	現病名 ( )				
	既往歴 ( )				
	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別紙参照 下剤あり )				
	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
介助 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )					
平熱： . °C		血圧 ~	脈拍 回	呼吸数	
視力	良・普・悪		聴力	普・難 (右・左/補聴器：有・無)	
食事	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ー口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 ( )				
	介助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 < <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 >				
場所： <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> ベッド上			ムセ込み： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
口腔	歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 総義歯 (上 / 下) 部分義歯 (上 / 下)				
	介助： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (状況： )				
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> 紙パンツ
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ
麻痺の有無	<input type="checkbox"/> あり ( )		意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 状況：				

入浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操・全介助) <input type="checkbox"/> その他
移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助
起居動作
寝返り
整容
睡眠の様子
家事状況
興味関心・趣味
家族との関係
生活歴
周囲との交流
住宅・居室・浴室環境
特記