

さとうトータルケアNEXUS ショートステイこよなし 新規申込票

<利用希望者>

平成 年 月 日

ふりがな			生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	要介護	
氏名										
住所					電話番号					
キーパーソン			続柄		連絡先					
主病名					かかりつけ医				主治医	
既往歴・入院歴・経過										
□ 麻痺 ()										

<ADL状況>

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 自助具使用									
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 特記()									
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
歩行能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可									
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具使用 <input type="checkbox"/> 車椅子									
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記() <input type="checkbox"/> 自己パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> フラット <input type="checkbox"/> テープタイプ									
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> まったく見えない									
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> まったく聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用									
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 全くできない									
保清	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()									
問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()									
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 (サイズ:) <input type="checkbox"/> その他()									
特記事項										
障害老人の日常生活自立度	J ・ A(1, 2) ・ B(1, 2) ・ C(1, 2)									
日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M									

<申込者>

指定居宅介護支援事業者名			
介護保険事業者番号		担当介護支援専門員	
連絡先	TEL :	FAX :	

<利用の希望内容>

送迎	無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> 車椅子対応)	利用希望日・頻度	
減額区分	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階 ・ 申請中		
◆サービス提供にあたり、何かご希望がありましたらご記入ください。◆			

ご利用者様・ご家族様との面接の際に留意する点がありましたらご記入ください。