

ショートステイ・デイサービス 利用申込書

アトリエ村・風かおる里・菊かおる園・上池袋豊寿園・長崎第二豊寿園

※希望施設およびサービスを○で囲んでください。

記入日: 令和 年 月 日

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日	(歳)
	住所					
	電話番号	(自宅)	(携帯)			
	被保険者番号		保険者			
	認定結果	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)	認定年月日	平成・令和	年 月 日	
	有効期限	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	(※)利用希望日	月・火・水・木・金・土	(※)入浴	あり・なし	(※)リハビリ	あり・なし
	(※)認知症の自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	(※)・・・デイサービス希望者のみ記入してください。			
負担割合	1・2割	負担限度額認定証	無・有(第 段階)・生保			
緊急連絡先	フリガナ	連絡先	自宅		(家族構成)	
	氏名		続柄()			
	住所		携帯 その他			

居宅介護支援事業所名	電話	担当CM
------------	----	------

主治医	病院名	主治医	電話
現病名			
既往歴			
現在の内服薬			
感染症	有 (MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ 結核 ・ その他()) ・ 無		
医療行為	・有 (褥瘡 ・ 尿管カテーテル ・ 人工肛門 ・ 経管栄養 ・ インシュリン注射 在宅酸素 ・ 吸引 ・ 胃ろう ・ 他()) ・無		

※受入の可否に関わるため、事前にご相談ください。

本人の状況	食事形態	主食:	副食:	水分:	義歯	上(全・部分)・下(全・部分)・無	
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	(特記事項)	
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助		
		独歩	杖	歩行器	車椅子		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺 有()無	
	座位	自立	見守り	一部介助	全介助		
	立位	自立	見守り	一部介助	全介助		
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					(特記事項)
		トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ カテーテル 布パンツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ					
	視力	普通・不自由()			聴力	普通 ・ やや困難 ・ 困難 ・ 補聴器(右・左) 無	
意思疎通	普通 ・ やや困難 ・ 困難 ・ 非常に困難			環境	布団 ・ ベッド		
認知症行動障害	徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 収集 ・ 大声 ・ 拒否 ・ 昼夜逆転 ・ 作話 失見当識 ・ 幻覚・被害妄想 ・ 興奮 ・ 抑うつ ・ 意欲、関心の低下						

(申込み理由)

FAX アトリエ村:03-5965-3403 風かおる里:03-5982-2105 菊かおる園:03-3576-2264
 上池袋豊寿園:03-5974-7259 長崎第二豊寿園:03-5966-2864