伏尾荘　ショートステイ利用申し込み票

記入日　　年　月　日

ふりがな			
本人氏名		男 女	
住所		TEL	
生年月日	M　T　S　　年　月　日　歳		
介護度	要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）		

家族状況

ふりがな			続柄
申し込み者氏名		男 女	
住所		TEL	

緊急連絡先①	名前		TEL		続柄		
緊急連絡先②	名前		TEL		続柄		

身体状況

麻痺	（有・無）	上肢（左　右）　下肢（左　右）	
拘縮	（有・無）	上肢（左　右）　下肢（左　右）	
褥瘡	（有・無）	部位→	
移動	独歩　杖　歩行器　車いす（自操・介助）		
視力	普通　ぼんやり見える　全く見えない		眼鏡（有・無）
聴力	普通　ほとんど聞こえない　全く聞こえない		補聴器（有・無）
言語	普通　少し不明瞭　不明瞭　理解できない		
理解度	理解できる　簡単な会話なら可能　挨拶程度　困難		

精神状況　　基本動作（自立か介助にチェック下さい）

認知症	（有・無）	記憶障害・見当識障害		自立	（一部）介助
特記事項	＊該当時チェック下さい		歩行		
	昼夜逆転	介助拒否	移乗		
	感情失禁	帰宅欲求	寝返り		
	ひどい物忘れ	不潔行為	食事動作		
	徘徊	異食	更衣		
	暴言・暴力	自傷行為	口腔ケア		

排泄（昼）	自立・誘導・介助　使用パッド類 → リハビリパンツ・パッド・紙オムツ
排泄（夜）	自立・誘導・介助　使用パッド類 → リハビリパンツ・パッド・紙オムツ

医療状況（お分かりの範囲でご記入下さい）

既往歴	
内服薬	

その他（利用希望日等記入ください）