

社会福祉法人春寿会
特別養護老人ホーム 春寿園 ショートステイ利用申込書

申込日	年	月	日()
受付日	年	月	日()

施設長殿

申請代理人

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒		
	電話番号 ()		
	携帯電話 ()		

貴施設へのショートステイ利用を希望しますので、次の通り申し込みます

フリガナ		男	明		
氏名		・	大 年 月 日 (歳)		
		女	昭		
住所	〒				
	電話番号 ()				
介護保険	被保険者番号	要介護 1・2・3・4・5 支援1・			
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
負担割合	1割・2割	負担限度額認定	1・2・3・4 (□生保)		
年金等	種別				
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は施設	名称		
	<input type="checkbox"/> 入院中		住所		
	<input type="checkbox"/> 利用中	入院又は利用期間			
			年 月 日 ~		
心身 状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	[<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車いす]
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハパン(パット有・無) <input type="checkbox"/> おむつ使用(日中・夜間)			
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> カテーテル()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食
		[副食]	<input type="checkbox"/> 普通菜	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	[<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 一般浴]
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴		
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動 () <input type="checkbox"/> 自傷行為 () <input type="checkbox"/> 徘徊 ()				
	<input type="checkbox"/> 不穏行動 () <input type="checkbox"/> 不潔行為 () <input type="checkbox"/> 異食行動 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療	現在治療中の病気・特記事項				

利用を希望する理由(複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため
	<input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため
<input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難	
<input type="checkbox"/> 介護者の外出や休息のため	
<input type="checkbox"/> その他、利用までの経緯等	

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居別居の別	(別居の場合記入)	
	主介護者に <input checked="" type="checkbox"/>					住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						

利用希望日	<input type="checkbox"/> 希望日のみ()
	<input type="checkbox"/> 定期的利用()
	<input type="checkbox"/> 長期利用()
	<input type="checkbox"/> 入所待機()
	<input type="checkbox"/> その他

特記事項	
------	--

担当ケアマネージャー	氏名		連絡先	
	事業所名			

在宅サービス利用状況	サービス内容	事業所名	利用日(頻度)

説明確認欄	私は、ショートステイ利用申込に際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 利用の趣旨、留意事項、意見照会のために施設、市町村、担当ケアマネージャー様との情報共有について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名: ⑧
-------	---

※保険者証(負担割合証、負担限度額認定証を含む)の写しを添付してください