

ショートステイ利用申込書

申込日 令和 年 月 日

利用者名			生年月日：M・T・S 年 月 日 歳	
住 所	〒 -		電話： ()	
申 込 者 名 または連絡先				続 柄
住 所	〒 -		電話： ()	
介護保険	要介護状態区分	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中		
	被保険者番号		保険者番号	
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日
その他制度利用 *必ずご記入下さい	横浜市在宅サービス利用者負担助成証・社会福祉法人による利用者負担確認証 介護保険負担割合証 (割) ・ 介護保険負担限度額認定証 (段階) 生活保護・その他 ()			
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
送 迎	迎 え (施設 ・ 家族) : 送 り (施設 ・ 家族)			
居宅支援事業所	事業所名			担当者名
	住 所	〒 -		電 話
				FAX
ADL状況		身体状況		
*食 事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 () 主 食： 常食 ・ 全粥 ・ その他 () 副 食： 常菜 ・ 刻み ・ その他 () *移 動： 独歩 ・ 杖 ・ 車椅子 () *入 浴： 一般浴 ・ 中間浴 ・ 特浴 *排 泄： 自立 ・ パット ・ 紙パンツ ・ おむつ *着 脱： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		*視 力： 正常 ・ 不自由 () *聴 力： 正常 ・ 不自由 () *言 語： 正常 ・ 不自由 () *意思疎通： 可 ・ 不可 () *麻 痺： 無 ・ 有 () *認知症状： 無 ・ 有 () 周 辺 行 動 ()		
医療状況 必ずご記入ください		生活状況および特記事項		
*現病歴：				
*既往歴：				
*感染症： 疥癬 (+ ・ -) ・ 結核 (+ ・ -) MRSA (+ ・ -) HCV (+ ・ -) ・ HBS (+ ・ -) その他 ()				
*日常的な医療行為				
経管栄養 ・ インシュリン ・ カテーテル ・ 人工肛門 透析 ・ 酸素吸入 ・ その他 ()				