

## 短期入所生活介護利用申込書【新規】

アゼリー江戸川 施設長殿

下記のとおり、アゼリー江戸川の短期入所生活介護を利用することを申し込みます。

記

|   |  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
|---|--|------|------|------|------|----------|-------|------------|---|---|--|--|--|--|------|-------------|--|--|
| 申込区分  | 新規   |      |      |      | 申込日  | 平成       | 年     | 月          | 日 |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 利用される方  | ふりがな<br>ご氏名  |      |      |      | 性別   | 生年月日     | M・T・S | 年          | 月 | 日 |  |  |  |  |      |             |  |  |
|   |  |      |      |      | 男・女  | 電話番号 ( ) |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
|   | ご住所<br>〒 _____ - _____<br><br>区 丁目 番 号   |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 連絡先   | ご氏名  |      |      |      | 続柄   | 電話       |       | ( )<br>( ) |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 被保険者番号  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  | 保険者名 | 生活保護<br>有・無 |  |  |
|   |  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 要介護状態区分   | 要支援1   | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4     | 要介護5  |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 有効期限  | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 利用予定日   | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 利用予定日   | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 利用予定日   | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| 介護保険負担<br>限度額の段階  | 第1段階   |      | 第2段階 |      | 第3段階 |          | 第4段階  |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
|   |  |      |      |      | 送迎希望 | 有・無      |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |  |      |      |      |      |          |       |            |   |   |  |  |  |  |      |             |  |  |

なお、介護保険法により規定された介護保険料実費負担分および実費分(オムツ代など)の負担を了承します。

注)この利用申込書は、利用契約書と別途提出していただくものです。  
訂正のある場合は再度提出して下さい。

事業所名

ケアマネージャー

アゼリー江戸川

# 情報提供書NO,1

記入者名

ケアマネジャー アゼリー江戸川

記入年月日 年 月 日

|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
|--------------------|---|----------------------|----------|-----------------|---|---|-----------------------|
| 利用者名               |   | 男・女                  | 生年月日     | 年               | 月 | 日 | 歳                     |
| 利用者連絡先             |   |                      | ( )      |                 |   |   |                       |
| 緊急連絡先              | 氏名 [続柄]                                   |                      | ( )      |                 |   |   |                       |
| 居宅介護支援事業所名         |   |                      | ケアマネジャー名 |                 |   |   |                       |
| 居宅介護支援事業所連絡先       |   |                      | ( )      |                 |   |   |                       |
| <b>現在の生活状況</b>     |   |                      |          |                 |   |   | 家族状況 (本人と主介護者を入れて下さい) |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| 医療保険               | 国保(本・家族) / 社保家族 / 後期高齢者 / 障 / 生保 / その他( ) |                      |          |                 |   |   |                       |
| 介護保険               | 介護保険被保険者証番号 0000                          |                      |          |                 |   |   |                       |
| 介護度及び有効期間          | 介護度                                       | 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |          |                 |   |   |                       |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
|                    |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| <b>医療情報</b>        |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| <b>医療状況</b>        |   |                      |          | <b>内服薬及び常備薬</b> |   |   |                       |
| 主治医病院名             |   |                      |          | (H 年 月 日現在)     |   |   |                       |
| 住所                 |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| 電話番号               |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| 主治医医師名             |   |                      |          |                 |   |   |                       |
| 受診状況               | 月・週 回(通院・往診)                              |                      |          |                 |   |   |                       |
| 病歴 (病名・発症時期・入院歴など) |   |                      |          |                 |   |   |                       |

情報提供書NO, 2

|           |                                |                       |              |                   |                    |                        |             |        |        |             |    |
|-----------|--------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------|--------|--------|-------------|----|
| 氏名        |                                | 様                     | 印でチェックして下さい。 |                   | 記入年月日              | 平成                     | 年           | 月      | 日      |             |    |
| 移動等       | 方法                             | 歩行自立                  | 杖            | 歩行器               | はいずり移動             | 車椅子(介助・自走可)            | ストレッチャー     |        |        |             |    |
|           | 行動範囲                           | 交通機関等を使い一人で外出         |              | 近所を散歩する程度(付添い有・無) |                    | 家の中                    | 部屋の中        | ベッドのみ  |        |             |    |
|           | 床上動作                           | 立位(可・要介護・不可)          |              | 座位(可・要介護・不可)      |                    | 寝返り(可・要介護・不可)          |             |        |        |             |    |
| 身体状況      | 視力                             | 普通                    | 大きい文字程度      |                   | ものの輪郭程度            |                        | 全く見えない      |        |        |             |    |
|           | 聴力                             | 普通                    | やや大声         | 大声                | 全く聞こえない            |                        |             |        |        |             |    |
|           | 言語                             | 普通                    | はっきりしない      |                   | やっ通じる              |                        | 話せない        |        |        |             |    |
|           | 麻痺の有無                          | なし                    | 右麻痺          | 左麻痺               | 両(上・下)肢麻痺          |                        |             |        |        |             |    |
|           | 身体障害                           | 手帳の                   | 有・無          | 種                 | 級(障害名)             | 交付日                    | 年           | 月      | 日      |             |    |
| 食事        | 食事種類                           | 主食(普通・お粥・ミキサー)        |              |                   | 副食(普通・刻み・超刻み・ミキサー) |                        |             |        |        |             |    |
|           | 方法                             | 箸使用                   |              |                   |                    |                        |             |        |        | スプーン・フォーク使用 |    |
|           | 介助程度                           | 嚥下障害                  | 有・無          | 自立                | 一部介助               | 全介助                    | 前掛け使用(食事時間) |        | 分程度)   |             |    |
|           | 歯                              | 入れ歯(上・下・両方)           |              |                   | 残存歯(上本・下本)         |                        |             |        |        |             |    |
|           | 量                              | 普通                    | 多い(おかわりする程)  |                   | 少ない                | (カロリー制限 無・有 1日当り カロリー) |             |        |        |             |    |
|           | 嗜好品等                           | タバコ(本/日)              |              | 飲酒(種類名)           |                    | (施設管理 有・無)             |             | その他( ) |        |             |    |
|           | アレルギー物等                        | アレルギー物( ) 禁止( ) 嫌物( ) |              |                   |                    |                        |             |        |        |             |    |
| 排泄        | 排泄状況                           | 昼                     | トイレ(誘導 要・不要) | Pトイレ              | 尿器                 | 紙オムツ(リハパン・フラット・パット)    |             | 回/日程度  |        |             |    |
|           |                                | 夜                     | トイレ(誘導 要・不要) | Pトイレ              | 尿器                 | 紙オムツ(リハパン・フラット・パット)    |             | 回/日程度  |        |             |    |
|           | 介助程度                           | 自立                    | 誘導・声掛け       |                   | 一部介助               | 全介助                    | その他( )      |        |        |             |    |
|           | 失禁                             | なし                    | 時々あり         | 頻繁にあり             |                    | 使用用具                   | Pトイレ        | 尿器     | その他( ) |             |    |
|           | 尿意・便意                          | 尿意                    | 有り           | 時々                | 無し                 | 便意                     | 有り          | 時々     | 無し     |             |    |
|           | 排便                             | 普通                    | 便秘( )        |                   | 日間隔)               | 下剤の                    |             | 有・無( ) |        |             |    |
| 入浴        | 方法                             | 一般浴                   | リフト浴         | 機械浴               |                    |                        |             |        |        |             |    |
|           | 介助程度                           | 自立                    | 一部介助         | 全介助               | 状況(毎日入浴する/日に1回程度)  |                        |             |        |        |             |    |
| 着脱        | 介助程度                           | 自立                    | 一部介助         | 全介助               |                    |                        |             |        |        |             |    |
|           | 特記事項                           |                       |              |                   |                    |                        |             |        |        |             |    |
| 睡眠        | 状態                             | 良眠                    | 時々眠れない       | 眠れない              |                    | 眠剤使用                   | 有           | 無      | 与薬時間   | 時           | 分頃 |
|           | 時間                             | 概ね                    | 時            | 分から               | 時                  | 分頃                     | 寝具          | 布団     | ベッド    | その他( )      |    |
| 認知症・問題行動  | 認知症・問題行動の発症時期または症状を記入してください。   |                       |              |                   |                    |                        |             |        |        |             |    |
|           | 医師の認知症診断(有・無) 診断名( ) 診断時期 年 月頃 |                       |              |                   |                    |                        |             |        |        |             |    |
| 日常生活自立度   |                                | ランクJ                  | ランクA         | ランクB              | ランクC               | (特記事項)                 |             |        |        |             |    |
| 痴呆性老人の自立度 |                                | ランク                   | ランク          | ランク               | ランク                | (特記事項)                 |             |        |        |             |    |