

SJR別院 短期利用特定施設入居者生活介護 申込書

年 月 日

利用者情報	利用歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用歴有 ⇒ <input type="checkbox"/> SJR別院 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他の施設		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 (歳)
	住所	〒		
	介護保険情報	要介護度 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5	被保険者番号	
		認定の有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
身元引受人(契約書・請求書等の送付先)	氏名	電話: 携帯電話:		
	続柄	〒		
	利用中の緊急時連絡先: 氏名		続柄() 電話:	
利用希望	希望日	年 月 日() ~ 年 月 日() 泊 日間		
	日程調整	<input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可(但し 月 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬ごろに 泊 日位)		
身体状況	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通常可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 行動障害有(<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> その他)		
	移動動作	歩行 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩行 <input type="checkbox"/> 介助・杖 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・歩行器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・車いす <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(自操作・介助)		
		転倒歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日・頻度)		
		寝返り : <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 要介助 緊急ケアコール : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	食 事	食事動作 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・嚥下状態 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
		食事形態 : <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 ※その他詳細はご相談ください		
		禁止食(アレルギー) : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()・減塩食 <input type="checkbox"/> 有 g/日		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布下着 その他 日昼と夜間の対応が異なるなど詳細		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
主治医・かかりつけ医師	病院・クリニック名:	医師名:	電話:	
	夜間・休日の連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(対応医療機関名:		電話:	
特別な医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に:			
特記事項	認知症の行動障害その他、感染症が有る際は具体的記載してください			

通信欄

事業所名	
事業所番号	
ご担当者名	
電話	
FAX	
連絡事項	

SJR別院使用欄

受付日時	年 月 日 :			
受付者				
可否判定	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
否の事由				
注意事項				
回答月日	生活相談員	介護支援専門員		