

|                |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
|----------------|--------|----------------------------------|--|----|----|---|-------|--------|-----|---|---|---|
| 利用申込日 平成 年 月 日 |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
| ふりがな           |        |                                  |  | 男  | 生  | 年 | M・T・S |        | 年   | 月 | 日 | 歳 |
| 利用者氏名          |        |                                  |  | 女  | 月  | 日 |       |        |     |   |   |   |
| 住所             |        |                                  |  |    |    |   |       | 電話     | ( ) |   |   |   |
| 主介護者           |        |                                  |  | 続柄 |    |   | 電話    | 自宅     | ( ) |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       | 携帯     | ( ) |   |   |   |
| 緊急連絡先          |        | 1                                |  | 続柄 |    |   | 電話    | 自宅     | ( ) |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       | 携帯     | ( ) |   |   |   |
|                |        | 2                                |  | 続柄 |    |   | 電話    | 自宅     | ( ) |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       | 携帯     | ( ) |   |   |   |
| 介護             | 要介護度   | 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他 |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
|                | 認定有効期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日              |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
| 保険             | 保険者番号  |                                  |  |    |    |   |       | 市町村名   |     |   |   |   |
|                | 被保険者番号 |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
| 担当介護支援専門員      |        |                                  |  |    |    |   |       | 所在地    |     |   |   |   |
| 居宅介護支援事業所名     |        |                                  |  |    |    |   |       | 電話 ( ) |     |   |   |   |
| かかりつけ医療機関名     |        |                                  |  |    |    |   |       | 主治医    |     |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       | 電話     |     |   |   |   |
| 疾病・既往歴         |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
| 現在使用中の薬        |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
| 家族構成           | 氏名     | 続柄                               |  | 年齢 | 職業 |   | 備考    |        |     |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |
|                |        |                                  |  |    |    |   |       |        |     |   |   |   |

|                  |        |                                  |  |                     |      |             |
|------------------|--------|----------------------------------|--|---------------------|------|-------------|
| 送迎希望             |        | 迎車希望（車椅子使用・車椅子使用なし）              |  | 送車希望（車椅子使用・車椅子使用なし） |      |             |
| 身体及び日常生活状況       | 視力     | 1 普通                             | 2 弱視   | 3 全盲                | （ ）  |             |
|                  | 聴力     | 1 普通                             | 2 やや難聴   | 3 難聴                | （ ）  |             |
|                  | 言語     | 1 普通                             | 2 少し不自由  | 3 不自由               | （ ）  |             |
|                  | 移動     | 自立・歩行介助・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子（自走可・不可） |  |                     |      |             |
|                  | 排泄     | 自立                               | トイレ(昼・夜・昼夜)・ポータブル(昼・夜・昼夜)・リハP、尿取り(昼・夜・昼夜)                                  |                     |      |             |
|                  |        | 一部介助                             | トイレ(昼・夜・昼夜)・ポータブル(昼・夜・昼夜)・リハP、尿取り(昼・夜・昼夜)                                  |                     |      |             |
|                  |        | 全介助                              | トイレ(昼・夜・昼夜)・ポータブル(昼・夜・昼夜)・リハP、尿取り(昼・夜・昼夜)<br>紙オムツ(昼・夜・昼夜) ★尿意(有・無) 便意(有・無) |                     |      |             |
|                  | 食事     | 自立度                              | 自立   | 一部介助                | 全介助  | アレルギー（ ）    |
|                  |        | 主食                               | 常食   | 粥                   | おにぎり | その他（ ）      |
|                  |        | 副食                               | 常食   | 刻み                  | 超刻み  | ミキサー その他（ ） |
|                  |        | 嚥下障害                             | よくある・時々ある・ほとんどない・食材により（ ）  |                     |      |             |
|                  |        | その他                              | 義歯（上・下・総・無）箸・スプーン・フォーク・手・自助具   |                     |      |             |
|                  | 入浴     | 一般浴・中間浴・特殊浴                      |  | 洗身/洗髪（自立・一部・全介）     |      |             |
|                  | 着脱衣    | 自立・声かけによりできる・渡せばできる・一部介助・全介助     |  |                     |      |             |
|                  | 皮膚疾患   | [有・無] 病名（ ）                      |  | 部位（ ）               |      |             |
| 褥瘡（ ）            |        | 部位（ ）                            |  |                     |      |             |
| 寝たきり度            | J（1・2） | A（1・2）                           | B（1・2）   | C（1・2）              |      |             |
| 痴呆性老人の日常生活自立度    |        | I・II(a・b)・III(a・b)・iv・M          |  |                     |      |             |
| 在宅での生活スタイル       | 対人関係   |                                  |  |                     |      |             |
|                  | 問題行動   | 攻撃的行動                            | 無・有（ ）   |                     |      |             |
|                  |        | 徘徊                               | 無・有（ ）   |                     |      |             |
|                  |        | 不潔行為                             | 無・有（ ）   |                     |      |             |
|                  |        | 失禁                               | 無・有（ ）   |                     |      |             |
|                  |        | その他                              |  |                     |      |             |
|                  | 起床、消灯  | 朝（ 時 分 ）                         |  | 夜（ 時 分 ）            |      |             |
|                  | 食事     | 朝食（ 時 分 ）                        |  | 昼食（ 時 分 ）           |      | 夕食（ 時 分 ）   |
|                  | 趣味、娯楽  |                                  |  |                     |      |             |
|                  | 出身地    |                                  |  |                     |      |             |
| 仕事               |        |                                  |  |                     |      |             |
| 一日の過ごし方          |        |                                  |  |                     |      |             |
| *性格や嗜好など記入してください |        |                                  |  |                     |      |             |

# ショートステイ 携帯品チェックリスト

名前

利用期間：

年 月 日( ) ~ 年 月 日( )

|   | ご家族記入欄 |          | 施設記入欄 |    | 項目     | ご家族記入欄    | 施設記入欄      |     |
|---|--------|----------|-------|----|--------|-----------|------------|-----|
|   | 項目     | 色柄など     | 枚数    | 入所 |        |           | 退所         | 入所  |
| 上 |        |          |       |    | 歯磨セット  | 入歯        | 有(上・下)     | 無   |
|   |        |          |       |    |        | 歯ブラシ      | 有・無        | コップ |
| 衣 |        |          |       |    | 薬      | その他       |            |     |
|   |        |          |       |    |        | 薬名        |            |     |
| 下 |        |          |       |    | その他    | その他       |            | 日分  |
|   |        |          |       |    |        |           |            |     |
| 衣 |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   |        |          |       |    |        |           |            |     |
| 下 |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   |        |          |       |    |        |           |            |     |
| 着 |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   |        |          |       |    |        |           |            |     |
| そ |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   | 靴      | 下        |       |    |        |           |            |     |
| の |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   | パジャマ   |          |       |    |        |           |            |     |
| 他 |        |          |       |    |        |           |            |     |
|   | タオル等   |          |       |    |        |           |            |     |
|   | 上履     | 有(色・ )   | 無     |    | 施設記入   |           |            |     |
|   | 下履     | 有(色・ )   | 無     |    | 排泄形態   |           |            |     |
|   | 車椅子    | 杖・その他( ) |       |    | (最終確認) |           |            |     |
|   |        |          |       |    | 日中     | 紙オムツ・紙パンツ | 尿取り・他(     |     |
|   |        |          |       |    | 夜間     | 紙オムツ・紙パンツ | 尿取り・他(PTイレ |     |

## \*お願い

- ・名前の記入(全持ち物)・・大きくはつきりと記入して下さい。
- ・入所時に着用している衣類も含めた枚数を記入願います。
- ・入浴後などの衣類は、洗濯・乾燥いたします。なるべく縮む恐れのない洗濯できる衣類をご用意下さい。
- ・持ってくる衣類は3組程で大丈夫です。汚れてしまった場合は、お貸しいたします。
- ・貴重品、貴金属の持ち込みは御遠慮下さい。

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|