短期入所生活介護利用申込書（サン・サン赤坂）

受付日　　年　　月　　日

利用者	フリガナ 氏名　　様	男・女	明治・大正・昭和 年　　月　　日 （　　）歳
	住所　〒 電話番号		

申込者	氏名　　続柄（　　）	同居者	氏名	続柄	年齢
居宅介護支援事業者	事業者名 担当者名 電話番号				

緊急連絡先１	氏名 住所	（続柄　　） 電話番号１ 電話番号２
緊急連絡先２	氏名 住所	（続柄　　） 電話番号１ 電話番号２

介護保険	介護度　　要支援 ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ 有効期間　平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日	被保険者番号

主治医	施設名 医師名　　（　　科） 所在地 電話番号	緊急病院 (緊急時)	施設名 医師名　　（　　科） 所在地 電話番号

身体状況（該当するものに○）	疾患・障害		服　薬	
	麻　　痺	なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢	医療行為	特別な医療行為（ 有 ・ 無 ） 胃ろう・経鼻栄養・バルーン・ 人工肛門・インシュリン・ 在宅酸素・じょくそう・透析
	視　　力	良い・やや悪い・困難		
	聴　　力	良い・やや悪い・困難		
	座　　位	自立・一部介助・全介助		
	立　　位	自立・一部介助・全介助		
	移　　動	自立・一部介助・全介助	独歩・伝い歩き・杖・車椅子・リクライニング	
	食　　事	自立・一部介助・全介助	主食／常食・半粥・全粥・ペースト・経管栄養 副食／常食・一口大・刻み・極刻み・ペースト	療養食　有･無 （　　）
	排　　泄	自立・一部介助・全介助	トイレ・Ｐトイレ・尿器	ｵﾑﾂ・ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ・ﾊﾟｯﾄ
	入　　浴	自立・一部介助・全介助	自宅浴・施設浴（一般浴・リフト浴・機械浴）	
	着 替 え	自立・一部介助・全介助		
	就寝方法	ベッド・布団	エアマット・介助バー・その他（　　）	
	認知症	なし・軽度・中程度・重度		
	意思疎通	支障なし・やや悪い・かなり悪い・不能		

行動面について

1.徘徊（家の中や外をウロウロする）
2.暴言・暴行
3.家に帰りたがる（帰宅願望）
4.物取られ妄想がある
5.異食行為がある
6.不潔行為がある
7.昼夜が逆転している
8.失見当識（場所・時間が分からない）
9.同じ話を何度も繰り返す
10.火の不始末がある
11.周囲が迷惑している性的行動がある
12.その他（　　）