

# ショートステイ利用申込書

平成 年 月 日

氏名				男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ( 歳 )					
住所						
電話	( )					
緊急連絡先	①	氏名			続柄	
		住所			連絡先	
	②	氏名			続柄	
		住所			連絡先	
利用予定日	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )					
食事	平成 年 月 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ) ~ 平成 年 月 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 )					
食事形態	主食	普通 ・ おにぎり ・ 粥 ・ ミキサー ・ その他 ( )				
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ( 粗 ・ 極 ) ・ ミキサー ・ その他 ( )				
医療機関名				主治医		
所在地				電話		
既往歴	年	月	病名	年	月	病名
現病歴						
内服薬	朝			昼		
	夕			眠前		
感染症	有 ( )			無		
健康状態	良 ・ 不良 ( )			皮膚疾患	有 ・ 無 ( )	
備考 (利用理由等)						
介護支援事業所				電話番号	( )	
担当者						

社会福祉法人 柏樹会  
 特別養護老人ホーム フォレストガーデン  
 TEL : 072-983-6601  
 FAX : 072-983-6608

# 身体状況等報告書 (ショートステイ用)


本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

◎該当する項目にレ点、記入及び、必要箇所に○を付けて下さい。

平成 年 月 日現在 記入者：

歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (普通・リクライニング) <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 立ち上がり (可・不可) <input type="checkbox"/> つかまり立ち (可・不可) <input type="checkbox"/> 起き上がり (可・不可) <input type="checkbox"/> 寝返り (可・不可) <input type="checkbox"/> ベッドからの転落 (有・無) <input type="checkbox"/> 転倒経験 (有・無)
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> 注入食 <input type="checkbox"/> むせ込み (有・無) <input type="checkbox"/> 時間がかかる
服薬	
既往歴	年 月 : ( ) 年 月 : ( ) 年 月 : ( ) 年 月 : ( )
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
入浴	<input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
排泄	日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ (布パンツ・パット・リハパン) 夜間 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ (布パンツ・パット・リハパン)
	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
失禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
便通	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 便秘しがち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> その他 ( )
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 片方 (右・左) のみ見える <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他 ( )
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 補聴器を使用 <input type="checkbox"/> 聞こえない (両耳・右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )
言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 舌がもつれる <input type="checkbox"/> 話せるが聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 言語障害あり <input type="checkbox"/> 話せない (手話・筆談・その他 : )
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 眠剤服用 <input type="checkbox"/> その他 ( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
入れ歯	<input type="checkbox"/> ある [上 (全部・部分) 下 (全部・部分) ] <input type="checkbox"/> ない
意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な伝達ならできる <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度ならできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 認知症 (有・無) [様子 : ]
	<input type="checkbox"/> 徘徊 (有・無) <input type="checkbox"/> 介護拒否 (有・無)
その他特記事項	

# 診 療 情 報 提 供 書

氏名	様 男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所											
現在治療中の疾患			既往歴								
症状経過治療内容	(*できるだけ詳しくお書きください)										
内服薬											
療養食の有無	無・有 : 療養食指示内容 (療養食名・制限等)										
アレルギー	無・有 ( )										
血液検査  年 月 日 実施	白血球		クレアチニン	感染症  年 月 日 実施	HBs抗原	+	・	-	皮膚疾患	疥癬: 有・無	
	赤血球		BUN		HCV抗体	+	・	-		(部位: )	
	血小板		CRP定量		TPHA	+	・	-		湿疹: 有・無	
	血色素		Na		MRSA	+	・	-		(部位: )	
	TP		K		結核菌塗沫	+	・	-		褥瘡: 有・無	
	ヘマトクリット		FBS	その他				(部位: )			
	アルブミン		血液型	型	検尿	蛋白	+	±	-	身長	cm
	総コレステロール					Rh(+・-)	糖	+	±	-	体重
	GOT		※糖尿病のある方			潜血	+	±	-	血压	/
	GPT		HbA1c %		mmHg						
X線 所見			心電図	異常なし 異常あり(所見 平成 年 月 日 実施							
	異常 なし・あり ( ) 平成 年 月 日 撮影		その他 特記事項 注意すべき事項								
住所 医療機関名 医師名	平成 年 月 日										