

ショートステイ 吉祥 利用申込書

年 月 日

フリガナ 氏名	印	男：女	介護保険証 被保険者番号	
生年月日	明 大 昭 年 月 日	(歳)		
住所				
電話	()			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話	
要介護度	<input type="checkbox"/> 支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅲ <input type="checkbox"/> 介護Ⅳ <input type="checkbox"/> 介護Ⅴ			
入所予定日	令和 年 月 日	(曜日)	午前 午後	時 頃
退所予定日	令和 年 月 日	(曜日)	午前 午後	時 頃
免税制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 社会福祉法人等による負担軽減			
請求書送付先			支払方法	
迎方法予定	家族 施設	送方法予定	家族 施設	
食事	令和 年 月 日 (昼、夕) ~ 令和 年 月 日 (朝、昼、夕)迄			
移動	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー			
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"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 水分ロミ <input type="checkbox"/> 主食 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー) <input type="checkbox"/> 副食 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー)			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴	洗濯	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 吉祥	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 問題行動)			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ (人口肛門) <input type="checkbox"/> カテーテル 現在治療中の病名 ()			
医療機関名		主治医		
所在地		電話		
既往歴				
疾患名				
服薬				
備考				
介護支援事業所	()			
担当者				

ショートステイ 吉祥

TEL 087-841-8100 FAX 087-841-8171