

ショートステイ パサーダ 入所受付票

申し込み日 年 月 日

◎本人の状況

ふりがな		性別	生年月日	大正・昭和 年 月 日生(歳)			
氏名		<input type="checkbox"/> 男	住所	〒			
		<input type="checkbox"/> 女	電話	() -			
保険者		被保険者番号					
介護度	要支援 1・2	負担割合	限度額	介護認定の有効期間			
	要介護 1・2・3・4・5			年 月 日 ~ 年 月 日			
自立度	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)		主治医意見書 記入日		年 月 日		
	認知症高齢者日常生活自立度		医療機関名		医師名		
病歴	病名	発症	病名	発症			
		年 月頃		年 月頃			
		年 月頃		年 月頃			
		年 月頃		年 月頃			
主治医	医療機関名						
	担当医		TEL () -				
ADL	歩行:	独歩	手引き	杖	シルバーカー	歩行器	車椅子
	食事:	自立	一部介助	全介助	形態()		
	入浴:	自立	見守り	一部介助	全介助		
	排泄:	自立	見守り	一部介助	全介助		
	認知症:	幻視・幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	暴行	徘徊
	介護への抵抗		不潔行為	異食行動	帰宅願望	物忘れ程度	
医療の状況	経管栄養	在宅酸素	褥瘡(床ずれ)	人工肛門	バルーンカテーテル		
	インシュリン注射 (<input type="checkbox"/> 朝 時 <input type="checkbox"/> 昼 時 <input type="checkbox"/> 夜 時)						
その他							

◎ケアマネージャー

事業所名		TEL	
介護支援専門員名		FAX	

◎申込者(連絡先)

氏名		続柄	
住所	〒		
電話	【自宅】	【携帯】	

社会福祉法人 北農 ショートステイ パサーダ

〒503-0019 岐阜県大垣市北方町2丁目70番1

(TEL)0584-78-2102 (FAX)0584-78-2103

担当 濱崎