

短期入所受付票

申し込み日		年	月	日					
事業所名 介護支援専門員(ケアマネ)		社会福祉法人 北農 ショートステイ パサーダイースト 大垣市北方町1丁目1147-1							
TEL		FAX		TEL 0584-84-3015		FAX 0584-84-3016			
利用者氏名	(ふりがな)	男	生年月日	大・昭	年	月	日生 年齢 歳		
		女	アレルギー 無・有 () 感染症 無・有 ()						
現住所	〒						TEL		
要介護度	要介護	介護保険証有効期限				生活保護	負担割合	負担限度額	
		R.	年	月	日	～ R.	年	月	日
					有・無	割	段階		
自立度	医療機関名		主治医意見書作成医師名						
	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)		認知症高齢者日常生活自立度		記入日 年 月 日				
連絡先(家族等)	(ふりがな)	年齢	続柄	〒					
		()		住所					
		男・女		TEL					
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	移動	独歩	手引き	杖	シルバーカー	歩行器	車椅子		
	歩行	安定	少しふらつく	かなりふらつく	数歩のみ	できない			
	食事	自立	一部介助		全介助		経管栄養		
		形態	主食:		副食:				
	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		
	視力	正常	見えにくい(右・左)			見えない(右・左)		判断不能	
	聴力	正常	大きな声で話せば聞こえる			難聴		補聴器 右・左	
		無	有						
	認知症	徘徊	昼夜逆転	帰宅願望		不潔行為	感情失禁		
	収集癖	幻覚	暴力・暴行		奇声	物忘れ程度			
医療の状況	経管栄養	中心静脈栄養(IVH)		インシュリン注射		じょく瘡(床ずれ)		在宅酸素	
	人工肛門	バルーンカテーテル		人工膀胱		その他()			
その他									

申込者: 氏名 _____ 印 _____ 続柄 () _____

住所 _____ 電話番号 _____