

# 藤ミレニアム ショートステイサービス 事前申出書

利用者様	<b>フリガナ</b>	<b>ご記入日</b>	平成 年 月 日				
	<b>氏名</b>	<b>性別</b>	<b>介護度</b>				
		男・女	申請中 要支援1 要支援2 要介護 1 2 3 4 5				
	<b>生年月日</b>	明治・大正・昭和	年	月	日	<b>年齢</b>	歳
	<b>ご住所</b>	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
<b>電話番号</b>	-						

申込み者様	<b>フリガナ</b>	<b>性別</b>	<b>続柄</b>			
	<b>氏名</b>	男・女				
	<b>ご住所</b>	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]				(同居 別居 近隣住まい)
	<b>電話番号</b>	-				
	<b>携帯番号</b>	-				

	氏名	性別	続柄	同居・別居	連絡先
ご家族様		男・女			( ) -
		男・女			( ) -
		男・女			( ) -
		男・女			( ) -

<b>身障者手帳の有無</b>	身体障害者手帳 無・有 ( )級 障害部位( )				
<b>食事</b>	1、自分でできる 2、一部介助 3、全介助 特記事項( )				
<b>排泄</b>	1、自分でできる 2、時々失敗 3、介護用品を使用 4、オムツ使用				
<b>入浴</b>	1、自分でできる 2、介助にて自宅に入浴 3、施設にて入浴 4、拭いている				
<b>移動</b>	1、歩行 2、補助具・介助にて歩行 3、車椅子使用 4、寝たきり				
<b>認知症</b>	1、なし 2、物忘れあり 3、徘徊あり 4、会話できない、5、その他( )				
	その他 認知周辺症状				
	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作り話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 目が離せない <input type="checkbox"/> 収集行為 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 自分勝手な行動				
<b>集団の不応</b>	1、ない 2、ときどき 3、ある				
<b>医療処置</b>	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )				
	<b>主治医</b>	病院名( ) 主治医名( ) 電話番号 - -			
<b>居宅介護支援事業所</b>	事業所様		介護支援専門員様		