

藤ミレニアム ショートステイサービス 事前申出書

ご記入日	令和 年 月 日			
利用者様	フリガナ	性別	要介護度	負担割合
	氏名	男・女	申請中 要介護	要支援1 要支援2
	生年月日	大正・昭和	年 月 日	年齢 歳
	ご住所	〒 - -		
	電話番号	- -		
	介護保険負担限度額認定証 有・無・申請中(予定)			

申込者様	フリガナ	性別	続柄
	氏名	男・女	
	ご住所	〒 - -	
	電話番号	- -	携帯電話 - -
	メールアドレス		

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

介護サービス利用	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 利用無し				
身障者手帳の有無	あり・なし () 級 障害部位 ()				
食事	1、自立	2、一部介助	3、全介助	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み(一口・極) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トミ	
排泄	1、自立	2、一部介助	3、全介助	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ	
入浴	1、自立	2、要介助	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアイン <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
移動手段(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩(自立・見守り) <input type="checkbox"/> 杖・押し車(自立・見守り) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 移動不可				
認知症高齢者の日常生活自立度及び特記事項	自立	I	IIa	IIb	IIIa IIIb IV V
医療処置	既往歴() 現病歴() <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()				
主治医	病院名		主治医		
	連絡先 - -		救急搬送時病院		
居宅介護支援事業所	事業所様		ご担当者様		
ご利用時の注意点・ご要望などあれば記載してください。					