

浴風会ショートステイ申込書

平成 年 月

A 利用者情報	① 利用歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用歴有 (過去に利用した施設) <input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園 <input type="checkbox"/> 第三南陽園		
	② 利用希望施設	<input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園 <input type="checkbox"/> 第三南陽園 <input type="checkbox"/> どこでも良い いずれかにチェックを		
	③ 氏名	ふりがな <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 (歳)
	⑤ 住所	〒 区 丁目 番号		
	⑥ 要介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5		⑦ 被保険者番号
	⑧ 連絡先	[氏名] 〒 区 丁目 番号	[TEL] [携帯]	※同居の場合この欄記載不要

B 利用希望	① 希望日	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 () 泊 日間		
	② 日程調整	<input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可 (但し 月□上 □中 □下旬に 泊 日位)		
	③ 特記事項	日にちの指定はないが曜日の指定があるなど		
	④ 居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも	⑤ フロア指定	<input type="checkbox"/> 認知症(徘徊)対応 <input type="checkbox"/> 一般
	⑥ テレビ	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	⑦ 記録のコピー	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	⑧ 送迎	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 往路のみ <input type="checkbox"/> 復路のみ <input type="checkbox"/> 往復とも) <input type="checkbox"/> 希望しない		
⑨ 個別機能訓練	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>注:実施にあたっては、短期生活介護個別機能訓練加算が1日につき56単位を所定単位数に加算されます。なお実施日については申込施設にお問い合わせ下さい。</small>			

※この欄は再利用の方で、前回利用時からご本人のご状況の変化がない場合、記入の必要はありません。

C 身体状況	① 移動	歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助) 杖(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)		
	② 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"/> パット <input type="checkbox"/> 普通の下着 <small>その他注意点(ストーマ・留置カテーテル他)</small>		
	③ 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"/> 主食(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー) 副食(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー) <input type="checkbox"/> 水分トロミ	減塩食希望 <input type="checkbox"/> 有 g/日	
	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> 一般浴/ <input type="checkbox"/> 機械浴) <small>注:注意点</small>		
	⑤ 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"/> その他)		
	⑥ 特別な医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<small>具体的に</small>)	<small>注: MRSA・疥癬等の感染症、経管栄養・胃瘻、重度の褥瘡、毎回の調節必要な在宅酸素、血糖値測定に必要なインシュリン注射、重度の視力障害、静脈栄養、人工透析、過度の行動障害等がある場合は、利用をご遠慮いただいております。詳しくは相談員までお問い合わせ下さい。</small>	
	⑦ 特記事項			

D 通信欄(送信の際必ずご記入下さい)

① 事業所名	
② 事業所番号	1 3 7
③ 担当者	
④ TEL	
FAX	
⑤ 連絡事項	

《施設使用欄》

利用可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 空床待ち
利用期間	H 年 月 日 () ~ H 年 月 日 () 泊 日間
送迎可否	<input type="checkbox"/> 可 (時 分自宅迎車) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (時 分施設出発) <input type="checkbox"/> 不可
利用施設	<input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園 <input type="checkbox"/> 第三南陽園
フロア/居室	<input type="checkbox"/> 認知症対応 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室
担当者	
連絡事項	

結果返信
月 日