

東京令和館 中野 短期入所生活介護 新規利用申込書

申込日 年 月 日

フリガナ						男 女	明治 / 大正 / 昭和								
利用者氏名							年 月 日	歳							
住 所	(〒 -)					電 話 番 号	自宅：								
							携帯：								
介護保険情報	被保険者番号														
	要介護度	要介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5	要支援	1	・	2
	有効期間		年	月	日	～	年	月	日						
ご家族に ついて	氏名： ^{フリガナ}					続柄：					連絡先				
	住所：(〒 -)										自宅：				
											携帯：				
事業所情報	事業所名：					担当ケアマネジャー氏名：									
		電話番号：					FAX：								

ご利用者の健康状態

診断名 (治療中の病気)	
使用中の薬剤	*おくすり手帳の写し・薬情の写しの添付も可
注意事項 (特別な医療等)	食事制限 糖尿病食：カロリー制限 (kcal) 減塩食：(1日 g 以内)
医療行為の有無 (該当するものに ○をして下さい)	経管栄養 (胃瘻 ・ 経鼻 ・ 腸瘻) インスリン注射 尿カテーテル 喀痰吸引 褥瘡処置 在宅酸素 ストマー 特記：()

東京令和館 中野 ショートステイ 令和 年 月分 ご予約受付表

事業所名： 担当 CM 様

連絡先：電話番号 () FAX： ()

ご利用者氏名		
様	・	
様	・	
様	・	
様	・	
様	・	
様	・	
様	・	
様	・	

*新規の利用者様の場合は、必ず、東京令和館 中野 短期入所生活介護新規利用申込書の送付もお願い致します。(新規の方の初回利用は2泊3日をお願いしております。)

*受付日時：ご利用希望月の2か月前の1日より FAX で受付けます。

～発信元～

社会福祉法人東京武尊会 東京令和館 中野

〒165-0022 中野区江古田四丁目 43 番 5 号

電話：03-3386-8038 FAX：03-3386-8037

担当者：短期入所生活介護（ショートステイ）生活相談員

東京令和館 中野 ショートステイ利用者 ADL 確認リスト

記入日 年 月 日

利用者氏名： 様		男・女	
一 般 状 態			特記・注意事項
食 事 ・ 水 分	主食：（ ご飯・軟飯・粥・粥ペースト ） 副食：（ 常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ペースト ） 咽こみ： 無・有 トロミ：無・有 摂取：自己摂取・一部介助・全介助 アレルギー：無・有（ ） 箸・スプーン・フォーク・自助具 コップ・吸飲み・ストロー付マグ		
入 浴	一般浴・座浴・機械浴 自立・一部介助・全介助		
着 脱	自立・一部介助・全介助・声かけ		
排 泄	自立：トイレ・ポータブル・尿器 介助：定時・随時（ コール対応 ） トイレ・ポータブル・尿器・オムツ 排泄間隔（ ） 下剤：有・無	*尿意：有・無 *便意：有・無 *夜間の状況 Pトイレ設置	
精神状況	認知症：（ 有・無 ） 問題行動：失見当識・徘徊・妄想・作話・夜間せん妄・不潔行為・暴力		
視 力	普通・ぼんやり見える・見えにくい・見えない（ 右・左 ）		
聴 力	普通・大きな声なら聞こえる・聞こえない 補聴器：有・無		
言 語	言語障害：有・無		
運動機能	麻痺：無・有 部位：上肢・（ 右・左 ） 下肢・（ 右・左 ） その他の麻痺（ ）		
移動	自立歩行 介助歩行 車椅子（ 自立・介助 ） *補装具：無・有（ 杖・歩行器・その他 ）		
日常動作	5秒立位保持（ 可・不可 ） 座位保持（ 可・不可 ） 寝返り（ 可・不可 ） 体位交換（ 要・不要 ）		
日中状況			
夜間状況	就寝時間： 起床時間： 眠剤：（ 有・無 ） 布団・ベッド		