

短期入所生活介護 フラワープラム 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

氏名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
住所	〒 ー		
電話番号		携帯電話	

利用希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	氏名		認定結果	要支援 1・要支援 2		
				要介護 1・2・3・4・5		
			性別	男 ・ 女		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日（満 歳）				
現住所	〒 ー					
主な介護者	氏名		性別	男・女	本人との関係	
			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している				
		<input type="checkbox"/> 別居している（住所 ）				
介護している上で困っていること						
連絡先	氏名		住所			
	続柄		電話番号	携帯電話		
	氏名		住所			
	続柄		電話番号	携帯電話		
	氏名		住所			
	続柄		電話番号	携帯電話		
医療機関	かかりつけ医					
	医療機関名		電話番号			
	主治医					
	住所					
	緊急時に搬送を希望する医療機関					
	①		②		③	
④ 特になし						

※この申込書に、「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」「介護保険負担限度額認定証」の写しを添付して下さい。

短期入所生活介護 フラワープラム 利用申込者状況表

申込日 平成 年 月 日

被保険者番号		氏名	
記入者		本人との関係	

◆該当するものに○をして下さい。

身体・精神状況 および日常生活 動作等	聴力	普通 大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない
	視力	普通 近くなら見える ほとんど見えない
	麻痺	無 有（具体的部位： ）
	意思の伝達	伝えられる 時々伝えられる 伝えられない
	理解力	理解できる 時々理解できる 季かいてできない
	移動	自立 杖 歩行器 車椅子（自操：可・不可）
	立ち上がり	できる ゆっくり 何かにつかまればできる できない
	座位	できる 長時間座れない（ 分位は可能） できない
	着替え	できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要
	入浴	できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要
	送迎	希望する 希望しない
	アレルギー	ない ある（ ）
	食事形態等	主食：ご飯 お粥 粥セリー
		副食：常菜 一口大 ソフト食 やわらか食
		水分：普通 トロミ使用
		義歯（ 無 ・ 有 ：部分入れ歯 総入れ歯）
		カロリー制限（ 無 ・ 有 ： kcal）
		食事方法：自立 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要
	内服薬等	無 ・ 有
		朝（食前・食後）（薬： ）
		昼（食前・食後）（薬： ）
		夕（食前・食後）（薬： ）
		眠前（薬： ）
排泄	自立 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要	
	布パンツ 尿取りパット 紙パンツ 紙おむつ	
	尿意（ 有 ・ 無 不明 ） 便意（ 有 ・ 無 不明 ）	
	失禁（ 無 ・ 有（常時・時々）下剤（ 有 ・ 無 ）	
夜間の様子	良く寝ている 時々起きている あまり寝ていない	

身体・精神状況 および日常生活 動作等	認知症	無	年相応	少し有	有
	顕著な症状 (該当事項に ○をお願いします。)	記憶力低下	記憶障害	見当識障害	人物誤認
		妄想	幻覚	幻聴	昼夜逆転
		徘徊	他室訪問	他者トラブル	帰宅要求
		暴言	暴行	介護への抵抗	大声
		異食	盗食	収集癖	性的言動
	放尿	放便	感情不安定		
治療中の病気	無	有 ()			
服薬	無	有 ()			
医療的処置	尿留置カテーテル 在宅酸素療法 インスリン注射 人口肛門 褥瘡(床ずれ) その他 () ※受入れの可否に関わるため、事前にご相談下さい。				
特記すべき事項 ※感染症の有無等					

既往歴

発症年月日	病名	備考

居宅介護支援事業所

事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	
住所	
サービスの利用状況	

介護等その他の連絡事項

--