令和　　年　　月　　日

短期入所利用依頼書

事業所名：

電話：　　FAX：

担当者名：

利用者	よみがな 氏名	様	□男 □女	生年月日	□大正 □昭和　歳 年　月　日	介護度	
	住所	〒		電話		所得段階	

緊急連絡先	第一緊急連絡先				第二緊急連絡先		
	よみがな 氏名		(続柄)		よみがな 氏名		(続柄)
	電話				電話		

利用期間	令和　年　月　日（　） 時間　：　送迎 □要 □不要	～ 令和　年　月　日（　） 時間　：　送迎 □要 □不要
	送迎が必要な理由	
短期入所利用理由		

家族関係・家系図等	家族構成		
	続柄	氏　名	住　所

既往歴・現病等（現病については●をご記入下さい）

現病	病名	年月または年齢	医療機関名	
			病院名	受診科

緊急時（夜間）受診できる病院	医療機関名	受診科	電話番号

備考

特別養護老人ホーム美土里荘

利用者の身体・日常生活状況

※特記・注意事項等がありましたら空白にご記入下さい

NO	項目	内容
1	視力	□普通 □やや弱い □ぼんやり □何とか識別 □全盲
2	聴力	□普通 □やや遠い □大声が必要 □難聴 □補聴器あり
3	言葉	□普通 □聞き取り難い □不自由 □発語不可
4	麻痺	□なし □右片麻痺 □左片麻痺 □対麻痺 □一部麻痺
5	移動	□自立 □見守り □付添い □一部介助 □全介助 □不可・禁止
	使用機器	□杖 □歩行器 □シルバーカー □車イス □その他
6	立ち座り	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助 □不可・禁止
7	着脱衣	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助 □不可・禁止
8	洗顔	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助 □不可・禁止
9	入浴	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助 □不可・禁止
10	排泄	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助
	用具等	□布下着 □リハパン □テープ止め □パッド □カテーテル □ストーマ
		□Pトイレ □その他
	尿便意	□あり □時々あり □尿のみあり □便のみあり □なし
	排便間隔	□毎日 □2～3日おき □3日以上 □不定期 □定期下剤 □随時下剤
11	食事	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助 □不可・禁止
	用具等	□はし □スプーン □フォーク □手づかみ □経鼻経管 □胃ろう
	主食	□ごはん □おかゆ □ミキサー食 □流動食
	副食	□常食 □一口大 □粗刻み □刻み □ミキサー
12	口腔ケア	□自立 □見守り □声がけ □一部介助 □全介助
	義歯	□自歯 □一部義歯 □総義歯 □歯なし
12	嗜好	好き・嫌いな食べ物、アレルギー等を記載
13	投薬	□なし □あり(自力) □あり(要管理)

認知・精神機能

※特記・注意事項等がありましたら空白にご記入下さい

NO	項目	内容
14	短期記憶	□問題なし □1週間程度 □1日程度 □数時間 □数分 □不明
15	長期記憶	□問題なし □数ヶ月前まで □数年前まで □現役時代まで □幼少期のみ □不明
16	失見当	□なし □時々あり □人が判らない □家も判らない □その他
17	被害妄想	□なし □時々あり □頻繁にあり
18	幻覚・幻聴	□なし □時々あり □頻繁にあり
19	睡眠障害	□なし □時々あり □頻繁にあり □昼夜逆転
20	自傷行為	□なし □自傷 □衣類を裂く □その他
21	攻撃的行為	□なし □暴言 □暴力 □介護拒否 □その他
22	不穏・興奮	□なし □時々あり □頻繁にあり
23	不潔行為	□なし □衣類を汚す □放尿 □弄便 □その他
24	火の扱い	□できる □時々不始末 □できない □その他
25	歩き回り	□なし □部屋内 □屋内 □屋外 □常時
26	性格	□温厚 □話好き □社交的 □世話やき □短気 □無口
		□頑固 □わがまま □几帳面 □気にしやすい □その他

※その他、注意が必要なケア・言動等