

短期入所利用依頼書

下記に記入いただく他、直近の基本情報・お薬手帳または薬剤情報提供書のご提出をお願いしています(特に2回目以降、変更があった場合)

居宅事業所名:

電話: FAX:

担当者名:

利用者	よみがな			☐ 男 ☐ 女	生年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和	歳 日	介護度	
	氏名	様							
	住所	〒				電話			負担所得
緊急連絡先	第一緊急連絡先				第二緊急連絡先				
	よみがな			続柄			よみがな		
	氏名			続柄			氏名		
	電話			☐ 同居 ☐ 別居	電話			☐ 同居 ☐ 別居	
利用期間	令和 年 月 日 ()	～		令和 年 月 日 ()					
	時間 :	迎え ☐ 要 ☐ 不要		時間 :	送り ☐ 要 ☐ 不要				
	送迎が必要な理由								
短期入所利用理由									

既往歴・現病等(現病については●をご記入下さい)

現病	病名	発症年月または年齢	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	
その他 補足・備考				

※2回目以降のご利用の場合

前回利用からの 状態変化	☐ あり ☐ なし	「あり」の場合 具体的事項	
-----------------	---	------------------	--

施設記入欄

① 風邪症状はありませんか	☐ ない ☐ ある	<特記事項>
② 普段と変わった様子はありますか	☐ ない ☐ ある	
③ 転倒はありませんか	☐ ない ☐ ある	
④ 利用前最後の排便はいつですか	月 日	
利用時体温 ℃		居室

短期入所利用依頼書 記入例

記入したケアマネの事業所名・連絡先等を記入

下記に記入いただく他、直近の基本情報・お薬手帳または薬剤情報提供書のご提出をお願いしています(特に2回目以降、変更があった場合)

居宅事業所名: 美土里荘在宅介護支援センター

電話: 0000-00-0000 FAX: 1111-11-1111

担当者名: 山田 太郎

利用者	よみがな	みどり はなこ		☐ 男 ☒ 女	生年 月日	☐ 大正 ☒ 昭和 90 歳	介護度	3	
	氏名	美土里 花子 様							
	住所	〒 039-XXXX 青森県上北郡七戸町XXXX-100		電話	0176-62-XXXX				負担所得
緊急連絡先		第一緊急連絡先		第二緊急連絡先					
		よみがな	みどり いちろう	続柄	長男	よみがな	くぬぎ あきこ	続柄	長女
		氏名	美土里 一郎			氏名	櫛 彰子		
連絡がつく方を2名記入		0176-62-XXXX ☒ 同居 ☐ 別居		電話		0176-XX-XXXX ☐ 同居 ☒ 別居			
利用期間	令和 2 年 6 月 15 日 (月)				令和 2 年 6 月 26 日 (金)				
	時間 10 : 00 迎え ☒ 要 ☐ 不要				時間 16 : 00 送り ☒ 要 ☐ 不要				
	送迎が必要な理由				送迎に適した車がないため				
短期入所利用理由	長男の介護疲れがあり休息の必要があるため				利用期間、送迎の有無は記もれがないようお願いします				

既往歴・現病等(現病については●をご記入下さい)

現病	病名	発症年月または年齢	医療機関名	
			病院名	受診科
	盲腸炎手術	18歳頃	不明	
●	高血圧 高脂血症	70歳	〇〇病院	内科
●	糖尿病	72歳	〇〇病院	内科
	右大腿骨遠位端骨折、手術	84歳	▲▲病院	整形外科
●	アルツハイマー型認知症	84歳	〇〇病院	メンタルヘルス科
緊急時(夜間)受診できる病院		医療機関名	受診科	電話番号
		〇〇病院	内科	XXXX-XX-XXXX
その他補足・備考	診断は受けていないが目がかすむ時があり、市販の点眼薬を使用している			

※2回目以降のご利用の場合

前回利用からの状態変化	☐ あり ☒ なし	「あり」の場合 具体的事項	2回目以降のご利用の際、前回利用時から顕著な変更があった場合に当該内容をご記入下さい
-------------	--	------------------	--

施設記入欄

① 風邪症状はありませんか	☐ ない ☐ ある	<特記事項>	
② 普段と変わった様子はありますか	☐ ない ☐ ある		
③ 転倒はありませんか	☐ ない ☐ ある		
④ 利用前最後の排便はいつですか	月 日		
利用時体温		℃	居室