

【申込み手順】

Step 1 : 利用月の2か月前の1日(土日祝の場合は次の平日) 9:00以降に『予約申込票』をFaxします。

Step 2 : 当施設は『予約受付票(返信用)』を記入し、翌日以降15日以内に返信します。

Step 3 : 『予約受付票(返信用)』を受取った事業所は、内容を確認後『受取確認票』を施設に返信します。

■Step1

ケアコート武蔵野 宛 (Fax.0422-39-0392)

短期入所生活介護 予約申込票

申込日：令和 年 月 日

利用者名	様		(フリガナ)	男・女
生年月日	M・T・S	年 月 日	利用回数	初回・再利用
申込期間	優先順位	1	月 日 () ~ 月 日 ()	【送迎希望】 入所有・退所有
		2	月 日 () ~ 月 日 ()	【送迎希望】 入所有・退所有
		3	月 日 () ~ 月 日 ()	【送迎希望】 入所有・退所有
	[補足]			
事業所名			担当者名	
電話			Fax	

※ 初回申込みの場合、別途「診療情報提供書」や「利用者状況調査票」等の提出、面談や『利用契約書』の締結が必要となりますので、別途、当方よりご案内致します。

※ 入退所は原則、午前退所、午後入所となります。

※ 土曜日・日曜日・祝日の入退所、および送迎サービスは、原則行っておりません。

■Step2

事業所 御中

短期入所生活介護 予約受付票(返信用)

返信日：令和 年 月 日

予約受付期間	月 日 () ~ 月 日 ()	送迎	(入所) 可・不可 (退所) 可・不可
--------	-------------------	----	------------------------

ケアコート武蔵野 担当印

■Step3

ケアコート武蔵野 宛 (Fax.0422-39-0392)

受取確認票

確認日：令和 年 月 日

事業所名			担当者名	
------	--	--	------	--

様 ショートステイ調査票

M・T・S 年 月 日		歳	性別	身長・体重	cm	kg	
介護度	要支援 I・II		要介護 1・2・3・4・5				
住所・電話	〒		電話(携帯)				
A D L	移動	①自立 ②手引き歩行 ③自助具自立 ④車椅子自立 ⑤車椅子一部介助 ⑥車椅子全介助					
	移乗	①自立 ②一部介助 ③全介助 ④2人介助					
	座位	①長時間可能 ②短時間 ③不可能					
	食事	①自立 ②声掛け ③一部介助 ④全介助 ・形態(主食: 副食:)					
		トロミ()・むせこみ()・水分制限()					
	使用具	①はし ②スプーン ③フォーク ④エプロン ⑤吸飲み					
	洗面	口腔 ①自立 ②声掛け・セッティング ③一部介助 ④全介助					
		義歯 有・無 (上・下・部分)					
	排泄	①自立 ②一部介助 ③全介助					
		尿意	有・無		便意	有・無	
		尿の回数	/ 日		便の回数	/ 日(普通・軟便・便秘)	
		日中(綿パンツ・紙パンツ・パッド・紙オムツ・尿瓶・トイレ・カテーテル)					
	夜間(綿パンツ・紙パンツ・パッド・紙オムツ・尿瓶・トイレ・カテーテル)						
入浴	①一般(自立・介助) ②リフト浴 ③機械浴 ④清拭						
更衣	①自立 ②一部介助 ③全介助						
睡眠状態	良眠・不眠・浅眠 ・眠剤(有【 】・無)						
服薬	自己管理(可・不可) ①自立 ②一部介助 ③全介助						
身体 状況	視力	①見える・近くなら見える・見えない ②眼鏡(有・無)					
	聴力	①聞こえる・大きな声なら聞こえる・耳元なら聞こえる・聞こえない・筆談					
		補聴器	有・無				
	言語	①普通・不自由・聞き取れない・発語がない					
	麻痺	有・【右(上・下) 左(上・下)】・無					
	拘縮	有・無 部位()					
浮腫	有・無 部位()						
認知 障害	認知症状	あり・時々()・なし	収集行為	あり・時々()・なし			
	徘徊	あり・時々()・なし	不潔行為	あり・時々()・なし			
	独語	あり・時々()・なし	感情失禁	あり・時々()・なし			
	奇声	あり・時々()・なし	過食	あり・時々()・なし			
	不穏	あり・時々()・なし	異食	あり・時々()・なし			
	妄想	あり・時々()・なし	自傷行為	あり・時々()・なし			
	暴力	あり・時々()・なし	破壊行為	あり・時々()・なし			
	失見当	あり・時々()・なし	せん妄	あり・時々()・なし			
	転倒歴	あり・なし ()					
	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV						

利用理由	例:主介護者であるご長男の介護負担軽減の為		かかりつけ医療機関				
			医師名				
			住所				
			電話番号				
介護認定情報		負担割合	割	有効期限	R 年 月 日~R 年 月 日	負担限度	段階
疾病	既往歴						
	※排便困難時のコントロールについて		持参薬 (有・無)		薬の名前()		
	現病	【病名】			【内服薬・外用薬】※お薬手帳のコピーでも可		
	褥瘡	有(部位:)・無		皮膚疾患	有(部位:)・無		
感染症	無・有⇒ HCV()・HBS()・ワ氏()・MRSA()						
アレルギー	無・有⇒ 食物【 】・薬【 】						
健康診査	無・有⇒ 直近の実施日【 年 月 日】※健診結果の写しを添付						
性格	朗らか 親しみやすい 几帳面 こり性 自分のことを気にしやすい わがまま 人に溶け込めない 好き嫌いが激しい 頑固 短気 無口 融通がきかない その他気づいた点()						
	趣味				嗜好		
連絡先	氏名	関係	住所		電話番号		
家族構成	※ジェノグラム		居室(ベッド周辺)の間取り図		ベッド対応・布団対応・TV 右降り・左降り・トイレ・L字 センサー(フット・ヘッド)・車椅子センサー その他()		
その他							
事業者名				TEL			
担当者名				FAX			

診 療 情 報 提 供 書

利用者名 <div style="text-align: right;">様</div>	男・女	明・大・昭 年 月 日生	歳
---	-----	-----------------	---

現在治療中の病気

1.	(年 月頃)	特記
2.	(年 月頃)	特記
3.	(年 月頃)	特記
4.	(年 月頃)	特記
5.	(年 月頃)	特記
6.	(年 月頃)	特記

※上記以外に参考となるデータがあればコピー等添付いただければ幸いです。

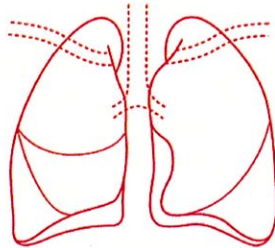
【既往歴(発症時期)】

1.	(年 月頃)	内服薬()
2.	(年 月頃)	内服薬()
3.	(年 月頃)	内服薬()

処方薬(あれば目薬も)

日常生活 自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV
問題行動 無・有()				

【検査所見】

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡(部位)その他()
令和 年 月 日					心電図 令和 年 月 日
尿検査：蛋白： 糖： 潜血：					所見
血	WBC		CRP		X線撮影 令和 年 月 日
	RBC		血糖		
算	Hb		HbA1c		所見
	plt		尿酸		
生	TP		総コレステロール		
	Alb		その他		
	GOT				
化	GPT		感 染 症	HBs (+-)	
	BUN			HCV (+-)	
	Cr			MRSA (+-)	
	Na			部位()	
学	K		その他		
	CI				

令和 年 月 日

医療機関名： _____

医師名 _____ 印

所在地： _____

T E L： _____

特別養護老人ホームケアコート武蔵野 宛