

月分 花ハウス短期入所生活介護利用(申し込み・キャンセル)受付表

記入日 H 年 月 日

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
利用者氏名		電話番号	—			
住所		被保険者番号				
緊急連絡先氏名	(続柄)	認定年月日	年	月	日	
要介護度	要支1・2 要介1・2・3・4・5	認定有効期限	年	月	日	～ 年 月 日
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネ				
事業所番号		電話番号	—	—		
電話番号	—	FAX番号	—	—		
利用希望期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間) <input type="checkbox"/> いつでも可 (日間)					
送迎希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (往・復)					
利用状況	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前回の利用状況 1 年 月 頃 2 入所理由 ()					
最近の状況	<input type="checkbox"/> 前回の利用と変わりなし <input type="checkbox"/> 変化あり () 1 医療状況 2 精神状況 3 身体状況 4 基本動作 5 ADL及び介護状況					

身体状況

移動	独歩・杖歩行・伝い歩き・介助歩行・歩行器・車椅子・リクライニング
排泄	日中 (自立・トイレ誘導・Pトイレ誘導・介助・オムツ) 尿意 有・無 夜間 (自立・トイレ誘導・Pトイレ誘導・介助・オムツ) 便意 有・無
食事	【動作】 自立・一部介助・全介助 【制限】 有・無 () 【主食】 ご飯・お粥・ミキサー 【副食】 常食・刻み・極刻み・ミキサー 禁食 ()
精神状況	認知状態 (有・無) 意思の疎通 (可・不可) 主な症状及び問題行動 ()
医療等特記事項	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (B肝・C肝・MRSA・梅毒・疥癬・白癬) 主たる疾患

社会福祉法人 読売光と愛の事業団 特別養護老人ホーム よみうりランド花ハウス

TEL 044-969-3111

FAX 044-969-3112

担当 : 水島

結果	予約をお受けいたします 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	キャンセル待ちです
----	-------------------------------------	-----------