

月分 花ハウスすみれ館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	(男 ・ 女)		
住所		電話番号	—
連絡先氏名	(続柄)	連絡先電話番号	— —
要介護度	要支1・2 要介1・2・3・4・5	認定年月日	年 月 日
居宅介護支援事業所名		認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
担当ケアマネ		電話番号	— —
送迎希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (往 ・ 復)	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)		
利用状況	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 前回利用日 年 月 日		
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 ※変化ある場合は、詳しく下記欄へもご記入ください 1 医療状況 2 精神状況 3 身体状況		
社会福祉法人 読売光と愛の事業団 地域密着型特別養護老人ホーム 花ハウスすみれ館 TEL 044-543-9011 FAX 044-543-9022			
予約をお受けいたしました	受付日	年 月 日	キャンセル待ちです
	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)	

《身体状況》

※変化ある場合は、下記へもご記入お願いします

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