

日付 年 月 日

ショートステイ サービス利用申込書

ご利用者様 様 性別 男 女 歳

ご住所

入所予定日時 年 月 日 時ごろ

退所予定日時 年 月 日 時ごろ

ケアマネージャー CM / 事業所名

キーパーソン名 様 続き柄

電話番号 - - 緊急連絡先 - -

かかりつけ医 主治医

コロナワクチン接種回数 回 最終接種年月 年 月頃

要支援

1 2

要介護

1 2 3 4 5

食 事	自立 / 一部介助 / 全介助 / 経管栄養 主食： 軟飯 / おかゆ / ミキサー食 副： 普通 / 一口大 / キザミ / ミキサー トロミ： あり () なし	糖尿食 腎臓食 心臓食 牛乳 可 不可 禁止食品 入歯 あり なし
排 泄	自立/一部介助/全介助トイレ トイレ/ポータブル	尿意 あり なし 便意 あり なし
入 浴	自立 / 一部介助 / 全介助	
移 動	独歩 / 一部介助 (見守り) / 全介助 使用用具： つえ 歩行器 車いす リクライニング	車いすの自力操作： 可 不可 ふらつき： あり なし
周辺症状	妄想・作話・幻覚・感情不安定・昼夜逆転・暴言・ 暴力・大声・介護拒否()	徘徊・不穏・収集癖・不潔行為・ 異食行為
睡 眠	良眠/ 時々不眠/ 不眠 /睡眠薬：あり なし 夜間不穏 あり() なし	
会 話	他者との交流 良 普通 むつかしい 意思の疎通 良 普通 むつかしい	
医療行為	あり / なし 【不可】 注射 点滴 透析 導尿 中心静脈栄養 経管栄養	【応相談】 喀痰吸引 インシュリン注射 在宅酸素 褥瘡処置 パルン留置 ストーマ 経管栄養 (胃ろう)
その他		