

介護付有料老人ホーム ソフィー 短期利用申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	明治・大正・昭和	
利用者氏名	様			年 月 日生 ()歳	
住所	〒 (電話)				
ふりがな			男 ・ 女	年 月 日生 ()歳	
身元引受人氏名	様			続柄：	
住所	〒 (電話)				
連絡先	順番	氏名	続柄	電話番号	時間帯
	1				
	2				
療養先	在宅 医療機関() 施設() その他				
かかりつけ医療機関	医療機関名		主治医		
	病院		科	先生	
介護保険	要介護状態区分： 要介護 (1 2 3 4 5) 負担割合 (割)				
	被保険者番号：				
	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日				
ケアマネジャー	事業所名 担当者				

利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
日程調整	<input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望あり(月 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下旬に 日間)				
特記事項	※日にちの指定は無いが曜日の指定があるなど				

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器、シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子(移乗介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> カテーテル)				
食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 【トロミ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否】				
	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()				
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()				
	厳禁食(アレルギー等) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()				
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言、暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他)				
感染症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(<input type="checkbox"/> 肝炎 型 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他)				
ベッドマット	<input type="checkbox"/> 通常(固め) <input type="checkbox"/> 体圧分散マット <input type="checkbox"/> エアマット※必要な場合実費レンタル				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()				
特記事項					