

短期入所生活介護「アリス甲子園」利用申込書

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

社会福祉法人 豊中ファミリー
理事長 奥田 修三 殿

短期入所生活介護 アリス甲子園

TEL:0798-48-0770 FAX:0798-48-0773

担当: 岡本・高田

事業所名		TEL	
ご担当者様		FAX	

利用希望者	フリガナ				男	女
	氏名					
	生年月日	M T S	年	月	日	生まれ (満 歳)
	現住所	〒				
主介護者 (連絡先①)	フリガナ			男・女	TEL	
	氏名	続柄()				
	現住所				携帯電話	
その他の 家族 (連絡先②)	フリガナ			男・女	TEL	
	氏名	続柄()				
	現住所				携帯電話	

要介護度	要支援	要介護				有効期間	年	月	日
	1 2	1 2 3 4 5					~	年	月
介護負担 限度額	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階					

既往歴								
医療行為	インスリン 経管栄養 在宅酸素 バルーン ストマ 褥瘡・傷の処置 その他()							
	自宅での実施者・頻度等 ()							
感染症	なし あり(感染症名)							

主治医 (医療機関名)	医師名	受診歴	病院名・病名	受診日時
	病院名		()	

あてはまる項目に○で囲って下さい。

						備考
ADL	拘縮 麻痺	なし	あり（部位： ）			
	歩行	自立	一部介助	全介助	不可	
	立位	自立	一部介助	全介助	不可	
	座位	安定	不安定	臥床対応		
	視力	普通	見えにくい	困難	不可	
	聴力	普通	聞こえにくい	困難	不可	

食事	形態	主食（ ）		副食（ ）		
	摂取方法	はし	スプーン	その他（ ）		
	摂取能力	自立	一部介助	全介助		
	食事制限	なし	あり（内容： ）			
	義歯	なし	あり			
	トロミ	なし	あり			

排泄	方法	日中	布パンツ	リハビリパンツ	紙おむつ	パット	
			トイレ	ポータブルトイレ		ベッド交換	
		夜間	布パンツ	リハビリパンツ	紙おむつ	パット	
			トイレ	ポータブルトイレ		ベッド交換	
	介助		自立	一部介助	全介助		

入浴	形態	個浴	一般浴	リフト浴	シャワー浴	
	介助	自立	一部介助	全介助		

精神状況	認知症	なし	あり				
	行動・心理症状	昼夜逆転	大声	歩き回る	攻撃的になる	食べ物でない事の判断が困難	その他（ ）

福祉用具	本人持参					
	車イス	シルバーカー	歩行器	杖	酸素	補聴器
	施設用意					
	車イス	歩行器	センサーマット	エアマット	L字柵	床対応

送迎時対応者	お迎え時	家族	ヘルパー	現在他に 使っているサービス	
	お送り時	家族	ヘルパー		

介助・過ごし方の注意事項	
--------------	--