

ショートステイ紫水苑 利用者調査票				NO1	申請日	令和 年 月 日								
居宅介護 支援事業所					事業所番号									
					担当者									
住所	〒				☎									
					Fax									
利用者情報														
利用者				性別	生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	才
				男 ・ 女		☎								
住所	〒													
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 ( ) / ( ~ )			<input type="checkbox"/> 区変中 ( ) / ( ~ )			<input type="checkbox"/> 支1	<input type="checkbox"/> 支2	<input type="checkbox"/> 介1	<input type="checkbox"/> 介2	<input type="checkbox"/> 介3	<input type="checkbox"/> 介4	<input type="checkbox"/> 介5	
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			限度額認定証		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 2段階	<input type="checkbox"/> 3段階	<input type="checkbox"/> 4段階			
緊急連絡先			続柄	住所					☎					
①					〒					携帯				
②					〒					携帯				
現在の状況やショートステイを申し込むことになった理由														
病気について														
既往歴														
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射													
	<input type="checkbox"/> その他													
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 夕食前													
	<input type="checkbox"/> その他： 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：													
主治医	病院名				医師名			☎						
伝染性疾患														
疥癬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )			結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )									
B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )			C型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )									
梅毒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )			MRSA	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 現在 ・ 以前 )									
その他・特記事項														

ショートステイ紫水苑 利用者調査票				NO2		
身体状況						
身長	cm	体重	kg			
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 弱視(右・左) <input type="checkbox"/> 全盲(右・左) <input type="checkbox"/> メガネ使用			特記事項		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)					
言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害あり:					
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:					
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:					
日常生活動作の状況						
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 ( 自立 ・ 杖使用 ・ シルバーカー・歩行器 ) ・ 伝い歩き ・ 付き添い ・ 手引き )					
	<input type="checkbox"/> 車椅子 ( 自走 ・ 介助 ・ リクライニング )				<input type="checkbox"/> 車椅子持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 立位可能 ( 自立 ・ 介助(てすり等) あればできる )				<input type="checkbox"/> 施設で貸し出し希望	
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄 <input type="checkbox"/> その他:				
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄 <input type="checkbox"/> その他:				
	下着	<input type="checkbox"/> 普通下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(S・M・L) <input type="checkbox"/> 紙オムツ(S・M・L) <input type="checkbox"/> パット使用				
	備考					
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他:		
	主食	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー		アレルギーや禁止食品について <input type="checkbox"/> アレルギーなし <input type="checkbox"/> アレルギーあり:		
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー				
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり:				
	トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 弱 ・ 中 ・ 強 )				
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 上 ・ 下 ・ 部分: )		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴( 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 )		<input type="checkbox"/> 機械浴( 一部介助 ・ 全介助 )			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 言葉かけで可能		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 言葉かけで可能		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 言葉かけで可能		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
認知症について						
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:					
意志の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
行動・心理症状 B P S D	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的な問題行動 <input type="checkbox"/> その他:					
他の精神・神経症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 症状名: )					