

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		特記事項		
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							
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 ）				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				
	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		<input type="checkbox"/> アレルギーなし <input type="checkbox"/> アレルギーあり：		<input type="checkbox"/> 禁止食品なし <input type="checkbox"/> 禁止食品あり：		
	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： ）			<input type="checkbox"/> 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			生活上の注意点				
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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない							
行動・心理症状 BPSD	<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"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他：							
その他の 精神・神経症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 症状名：							