

らくえんショートステイ利用申込書 (短期入所生活介護)

申請日 年 月 日			・ 新規 ・ 再利用			
ふりがな			生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
利用者氏名					TEL ()	
住所	〒 -				TEL ()	
居宅介護 支援事業所名	担当ケアマネ 氏 名				介 護 度	
TEL	F A X				・申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
連絡先	〒 -				携帯電話 - -	
	氏 名		続柄 ()		TEL ()	
利用期間	年 月 日 ()送迎 [要・不要]		～		年 月 日 ()送迎 [要・不要]	
かかりつけ病院	担当Dr		入院対応病院			
既往歴			現病名			
申込理由					
内服薬						
身障手帳	有 (級) 無	社会福祉法人軽減	有 (確認番号) 無			
介護保険負担限度額	第 段階		介護保険認定有効期間	平成・令和 年 月 日から		
	申請中	申請予定		平成・令和 年 月 日まで		
日常生活の自立度・認知症について	・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
	・日常の意志決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない					
	・自分の意思の伝達能力 <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					
その他日常生活及び認知症等に関する留意点					
感染症	有 (MRSA ・ 結核 ・ HB ・ HCV) 無 ・ 未確認					
サービス利用状況	訪問介護	事業所名			(週 回 曜日)	
	訪問看護				(週 回 曜日)	
	通所介護					
	訪問用具	()		その他 ()		

※「介護保険被保険者証」のコピーを添えてお申し込みください。
 ※「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方はコピーを添えてお申し込み下さい。

受付