

ショートステイ利用者 情報提供シート（新規・更新）

申請日 令和 年 月 日 ()

支援事業所名	
担当者名	
TEL	
FAX	

施設名	短期入所生活介護 豊厚園
担当者名	石黒一騎 ・ 中島巧
TEL	0145-27-3246
FAX	0145-27-3760

ショートステイのサービス利用を希望するため、下記の通り申請します。

申請先 (利用希望先)	短期入所生活介護 豊厚園	保険者	
ふりがな		性別	被保険者番号
利用者氏名		男・女	要介護度 支 1・2 介 1・2・3・4・5
生年月日	M・T・S 年 月 日 ()	要介護 認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
現住所	〒 -		
家庭環境	同居 ・ 独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他 ()		
現在の状況	自宅で暮らしている ・ 高齢者住宅等に入居している ・ 病院に入院している ※自宅以外の方は記入してください。 ●施設又は病院名： ●所在地(市町村のみ)： ●入所又は入院の時期： 年 月 から 入居・入院 している。		
主な病歴			
生活歴	・出生 学歴 職歴 結婚歴 子供 等に関してわかる範囲で記載をお願いします。		

主たる 介護者	ふりがな		性別		生年月日	年 月 日
	氏名		男・女		本人との 関係	
	同居の区分	同居している ・ 同居していない (住所：)				
	サービス 利用を希望 した理由					
介護者の状況	介護者が一人のみ ・ 主たる介護者以外に協力者がいる ・ 介護者がいない					
主たる介護者 の年齢	60歳未満 ・ 60～74歳 ・ 75歳以上 (あるいは介護者がいない)					
主たる介護者 の健康状態	健康である ・ 健康に不安がある ・ 介護者自身が要介護者である					
介護が可能な 時間	介護にあたる時間が十分にある ・ 一部不在になる時間がある ・ ほとんど介護ができない					
要介護者との 関係	良好 ・ 介護を行っているが疲労感が強い ・ 最低限の関わりのみ					

ショートステイ利用者 情報提供シート（新規・更新）

利用者氏名 _____ 申請日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ()

・利用者の身体状況や精神状態等に関して、以下の欄に○をつけて下さい。

入浴	1、自立 2、一部介助 3、全介助	麻痺	あり・なし (部位: _____)
排泄	1、自立 2、一部介助 3、全介助 (トイレ使用・ポータブルトイレ使用・オムツ着用)		
食事	1、自立 2、一部介助 3、全介助 (常食・刻み食・流動食・その他)		
移動	1、自立 2、一部介助 3、全介助 (自立・杖歩行・歩行器・車椅子・その他)		
服薬	1、あり 2、なし (自分で管理できる・管理できない)		

意思の疎通	1、問題ない 2、やや困難 3、かなり困難 4、できない		
認知症の有無	1、あり 2、なし	記憶の保持	1、できる 2、できない
認知症高齢者の生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
自分の名前	1、言える 2、言えない	生年月日	1、言える 2、言えない
場所の理解	1、できる 2、できない	季節の理解	1、できる 2、できない
日課の理解	1、できる 2、できない	認知症の周辺症状	1、ある 2、なし
同じ話の繰り返し	1、ある 2、時々ある 3、ない	左記以外に認知症の症状でお困りになっている事などありましたら下記ご記入下さい。	
徘徊	1、ある 2、時々ある 3、ない		
被害妄想	1、ある 2、時々ある 3、ない		
作話	1、ある 2、時々ある 3、ない		
感情が不安定	1、ある 2、時々ある 3、ない		
昼夜逆転	1、ある 2、時々ある 3、ない		
介護抵抗	1、ある 2、時々ある 3、ない		
収集癖	1、ある 2、時々ある 3、ない		
独り言・独り笑い	1、ある 2、時々ある 3、ない		
自分勝手な行動	1、ある 2、時々ある 3、ない		
ひどい物忘れ	1、ある 2、時々ある 3、ない		
破壊行動	1、ある 2、時々ある 3、ない		

かかりつけ 病院名	_____
--------------	-------

注) 施設内での事故防止のため、面談時に記入情報が現況と著しく違っていると認められる場合は利用不可となる場合があります。