

# 浴風会ショートステイ申込書

令和 年 月

|                   |          |   |        |  |
|-------------------|----------|---|--------|--|
| <b>A</b><br>利用者情報 | ① 利用歴    | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用歴有 (過去に利用した施設) <input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園 <input type="checkbox"/> 第三南陽園                                    |        |  |
|                   | ② 利用希望施設 | <input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園 <input type="checkbox"/> 第三南陽園 <input type="checkbox"/> どこでも良い <span style="float: right;">いずれかにチェックを</span>                            |        |  |
|                   | ③ 氏名     | ふり がな<br><input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女   | ④ 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和<br>年 月 日生 ( 歳) |
|                   | ⑤ 住所     | 〒 区 丁目 番号   |        |  |
|                   | ⑥ 要介護度   | <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 |        | ⑦ 被保険者番号   |
|                   | ⑧ 連絡先    | [氏名]  | [TEL]  | [携帯]   |
|                   |          | 〒 区 丁目 番号 <small>※同居の場合この欄記載不要</small>  |        |  |
|                   |          | [続柄]  |        |  |

|                  |        |  |          |  |
|------------------|--------|--|----------|--|
| <b>B</b><br>利用希望 | ① 希望日  | 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( ) 泊 日間   |          |  |
|                  | ② 日程調整 | <input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可 (但し 月□上 □中 □下旬に 泊 日位)  |          |  |
|                  | ③ 特記事項 | <small>日にちの指定はないが曜日の指定があるなど</small>  |          |  |
|                  | ④ 居室希望 | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも  | ⑤ フロア指定  | <input type="checkbox"/> 認知症(徘徊)対応 <input type="checkbox"/> 一般 |
|                  | ⑤ テレビ  | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない   | ⑦ 記録のコピー | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない   |
|                  | ⑧ 送迎   | <input type="checkbox"/> 希望する ( <input type="checkbox"/> 往路のみ <input type="checkbox"/> 復路のみ <input type="checkbox"/> 往復とも ) <input type="checkbox"/> 希望しない |          |  |

※この欄は再利用の方で、前回利用時からご本人のご状況の変化がない場合、記入の必要はありません。

|                  |         |  |  |  |
|------------------|---------|--|--|--|
| <b>C</b><br>身体状況 | ① 移動    | 歩行( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助)    杖( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)    車椅子( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)  |  |  |
|                  | ② 排泄    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 普通の下着<br><small>その他注意点(ストーマ・留置カテーテル他)</small>   |  |  |
|                  | ③ 食事    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難  | 減塩食希望<br><input type="checkbox"/> 有    g/日   |  |
|                  | ④ 入浴    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> 一般浴/ <input type="checkbox"/> 機械浴) <small>注意点</small>   |  |  |
|                  | ⑤ 認知症   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他) |  |  |
|                  | ⑥ 特別な医療 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <small>具体的に</small> )  | <small>注: MRSA・疥癬等の感染症、経管栄養・胃瘻、重度の褥瘡、毎回の調節必要な在宅酸素、血糖値測定の必要なインシュリン注射、重度の視力障害、静脈栄養、人工透析、過度の行動障害等がある場合は、利用をご遠慮いただいております。詳しくは相談員までお問い合わせ下さい。</small> |  |
|                  | ⑦ 特記事項  |  |  |  |

**D 通信欄(送信の際必ずご記入下さい)**

|         |        |
|---------|--------|
| ① 事業所名  |        |
| ② 事業所番号 | 113171 |
| ③ 担当者   |        |
| ④ TEL   |        |
| FAX     |        |
| ⑤ 連絡事項  |        |

**《施設使用欄》**

|        |  |
|--------|--|
| 利用可否   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 空床待ち   |
| 利用期間   | R 年 月 日 ( )<br>~ R 年 月 日 ( )<br>泊 日間   |
| 送迎可否   | <input type="checkbox"/> 可 ( 時 分自宅迎車) <input type="checkbox"/> 不可<br><input type="checkbox"/> 可 ( 時 分施設出発) <input type="checkbox"/> 不可 |
| 利用施設   | <input type="checkbox"/> 南陽園 <input type="checkbox"/> 第二南陽園<br><input type="checkbox"/> 第三南陽園  |
| フロア/居室 | <input type="checkbox"/> 認知症対応 <input type="checkbox"/> 一般<br><input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室                 |
| 担当者    |  |
| 連絡事項   |  |

← 結果返信

月 日