

短期入所療養介護申込書

年 月 日

ふりがな 利用者氏名		生年月日	大・昭・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	
緊急連絡先①	氏名	続柄	Tel :
緊急連絡先②	氏名	続柄	Tel :
要介護認定	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定日の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		
介護保険被保険者番号		利用者負担の割合	割
負担限度額認定	有 (1 2 3) 無		
居宅介護支援事業所名	事業所名		Tel :
担当者名			Tel :
かかりつけ医			
病名			
医療行為	褥瘡処置 たん吸引 胃ろう 自己注射 その他 ()		
利用希望機関	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで		
希望居室	個室 多床室		
利用目的			
本人・家族の意向			
食事	自立 (一部介助 全介助) 療養食希望 (あり ・ なし) 食事内容 (米飯 パン 粥) 副食 (軟菜 キザミ トロミ) 嚥下障害 (有 ・ 無)		
排泄	トイレ ポータブルトイレ オムツ バルンカテータル その他 ()		
身体状況	歩行 (自立・杖・歩行器) 車椅子移動 寝たきり その他 ()		
精神状態など	不穏状態 (有 ・ 無) 認知症 (有 ・ 無)		
感染症	MRSA有・無 (部位 : HBs抗原 () HCV抗体 ()		
その他			

ご入院までに、上記内容に変更が生じた場合、ご連絡をお願いします。 紀泉KDクリニック