

コティコート北大阪ショートステイ(短期入所生活介護)利用申込書

年 月 日( )

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生( )	歳)	
住所	〒						電話番号	
被保険者番号		認定期間	平成	年	月	日	～平成 年 月 日	
要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			負担割合	1割・2割			
負担限度額認定証	あり(第1段階・第2段階・第3段階)・なし(市民税課税世帯)							

緊急連絡先①		続柄		電話番号	
氏名				携帯番号	
住所	〒				
緊急連絡先②		続柄		電話番号	
氏名				携帯番号	
住所	〒				

主治医		医療機関		電話番号		
氏名				FAX		
住所	〒					
医療処置	あり( )・なし			服薬	あり・なし	
既往歴					感染症	あり・なし

移動手段	屋内	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子			転倒リスク	あり・なし
	屋外	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子			特記	
食事	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		形態	主食( ) 副食( )	
	飲水摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		トロメ	要・不要	特記
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助		日中	トイレ・Pトイレ・おむつ・リハビリパンツ・布パンツ・パット	
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助		夜間	トイレ・Pトイレ・おむつ・リハビリパンツ・布パンツ・パット	
入浴	一般浴・機械浴			認知症	あり・なし	特記

\*その他ご家族の介護状況や問題点、ご利用者様のご意見・ご希望などをご記入ください。

担当者	担当者名			
	事業所名		事業所番号	
	電話番号		FAX	

コティコート北大阪

電話番号06-4805-7771

FAX06-4805-7772