

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<br>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