

短期入所者心身状況票

※該当するところを「○」で囲んでください。

令和 年 月 日 作成

フリガナ			生年月日	M・T・S 歳	男女
氏名			年 月 日		
住所			電話		
申請者名	続柄		申請年月日		
			交付年月日		
家族構成	氏名	続柄	備考(勤務先等)		
緊急連絡先1			緊急連絡先2		
氏名	続柄	氏名	続柄		
住所		住所			
自宅番号		自宅番号			
携帯番号		携帯番号			
ショートステイの利用理由			利用に対する本人の理解 ・理解している ・理解していない ()		
日常生活の状態	食事	*方法 (自立 ・ 一部介助) *形態 (主食 : ごはん ・ おかゆ) (副食 : 普通 ・ 硬いもののみキザミ食 ・ キザミ食) *摂取 (イス ・ 車椅子 ・ 畳に座る ・ ベッド上) (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手) *食べられないもの () *歯 (自分の歯 ・ 入れ歯(上: 部分 ・ 全部 下: 部分 ・ 全部)) *嗜好品 (飲酒 ・ 喫煙)			
	排泄	*尿意 (あり ・ 時々あり ・ なし) *便秘 (あり ・ 時々あり ・ なし) *方法 尿:(自立 ・ 一部介助) 便:(自立 ・ 一部介助) 夜間() *間隔 (排尿 日中()時間おき 夜間()回程度 時間) (排便 ()日おき ・ 毎日) 便秘 (あり ・ なし) 便秘時の処置() *失禁 (あり ・ 時々あり ・ なし) *パットや紙おむつの使用有無 (有 ・ 無)			
	入浴	*方法 (家庭浴槽 ・ 入浴サービス ・ 清拭) (自立 ・ 一部介助) *着脱 (自立 ・ 一部介助)			
	移動	*方法 (自立歩行 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子) *階段昇降 (自立 ・ 要見守り ・ 一部介助) *注意点 ()			
行動	*範囲 (居室内 ・ 屋内 ・ 屋外)				

かかりつけの医療機関	主な病名と病歴(過去10年程度)	現在の疾病内容・程度
(医療機関名)	(主病名・病歴・発病時期経過など)	(麻痺・アレルギー・食事療法等)
(主治医)		
(電話)		
(服薬)		*障害手帳(なし・あり) (障害名 種 級)
あり・なし 自立・一部介助		
体格	*身長 ()cm	*体重 ()kg
視力	見える・やや見えにくい・ほとんど見えない	
聴力	聞こえる・やや聞こえにくい・ほとんど聞こえない 補聴器の使用(有・無)	
言語	話せる・やや不自由・返事のみ・うなずくのみ	
意志表示	できる・だいたいできる・できない	
話の理解	できる・だいたいできる・できない	
精神状態	問題なし・やや不安定・特に()の時	
睡眠状態	問題なし・昼間寝ていることが多い・夜間目をさますことが多い 睡眠薬の服用(有・無)	
認知障害	*有無と程度 なし・あり(軽度・中度・重度)	
	*診断名 ()	
感染症(有・無)	その他 (インスリン・ペースメーカー・在宅酸素・人工肛門等)	
疾患名		
在宅福祉サービスの利用状況		要介護認定
		有()・無
		ケアマネジャー等
		事業所
		担当者
		電話

※身体状況は分かっている範囲で記入してください。検査する必要はありません。

※記載された個人情報、五智養護老人ホームの短期入所の利用に関する業務以外には使用しません。