

＊太枠内苑記入

様←青葉台さくら苑 担当：

ショートステイ予約申込票 **A**

Fax：03-3791-3504

青葉台さくら苑 苑 下記の通り申し込みます。送信日→平成 年 月 日

申込方法

- 1) 利用月 **2ヶ月前の1日** (土日祝日の場合は翌営業日) AM9:30以降に本申込票でのFAXによる申込を受付ます。
- 2) 本票(A)は必ず全項目ご記入の上お送りください。
- 3) 初めて申込を行う方、6ヶ月間ご利用のなかった方及びリピーターの方でも前回の利用時と比べ著しい状態変化の認められる方の場合は情報提供票(B・C・D)に必ず記入しFAXしてください。
- 4) 予約決定後の追加情報・日時確認等のお問い合わせはケアマネージャーから極力FAXでお願い致します。
- 5) 1日以前にFAXされても構いませんが、1日に送信された方との一括処理となります。
- 6) 新規利用の場合は利用日までに事前面接及び契約書の説明をさせていただきます。ご協力お願い致します。
- 7) 各ケアマネージャーは利用前月の25日までにサービス提供票を送付してください。
期日までに送付のない場合はキャンセルとして処理いたします。
- 8) 利用予約の可・不可は本票をFAXで返信し通知致します。予約決定欄をご覧ください。
予約が取れた方・・・入所日・退所日欄に利用日を記入してあります。
予約が取れなかった方・・・キャンセル待ちになりますと記入してあります。
予約が取れなかった場合はキャンセル待ちを希望されない場合を除いては、キャンセル待ちとして処理させていただきます。
- 9) (例)9月28日～10月6日のように月またぎのご予約も可能です。

申込内容	予約申込	事業所名												
	日程変更	事業所番号												
	キャンセル待ち	担当者												
	キャンセル	電話						FAX						

利用者名	フリガナ											男・女	生	年	M	T	S	年	月	日	歳	介護度	当苑利用歴
	氏名																						有 無
	住所	〒																		生保	原爆	減額	
	電話																			他			

身元引受人	フリガナ											男・女	続柄											特記										
	氏名																																	
	住所	〒																		電話														
	携帯																			その他														

予約希望									予約決定										
入所日				退所日					◇以下の通りベットが確保できました。										
希望①	希望②	希望③	希望④	希望⑤	希望⑥	希望⑦	希望⑧	希望⑨	希望⑩	希望⑪	希望⑫	希望⑬	希望⑭	希望⑮	希望⑯	希望⑰	希望⑱	希望⑲	希望⑳
希望①	希望②	希望③	希望④	希望⑤	希望⑥	希望⑦	希望⑧	希望⑨	希望⑩	希望⑪	希望⑫	希望⑬	希望⑭	希望⑮	希望⑯	希望⑰	希望⑱	希望⑲	希望⑳
<input type="checkbox"/> 上記期間以外は希望しない <input type="checkbox"/> 上記期間なら多少ずれても希望 <input type="checkbox"/> どこでもよいので () 日程度希望 <input type="checkbox"/> 上記とれない場合はキャンセル待ちを希望 <input checked="" type="checkbox"/> 個室を希望する <input type="checkbox"/> どちらでもでもかまわない <input type="checkbox"/> 二人部屋を希望する									入室 個室 多床室 * 送迎時間未記入の場合、後日御家族様に連絡致します。 苑側で記入										

お手数ではございますが記入もれのない様お願い致します。特に**その他希望欄(居室形態の希望)**

送迎の有無は忘れずに記入してください

情報提供票 B

		医療機関名		担当科		医師名		所在地		電話・FAX	
主治医										TEL	
										FAX	
他の医療機関	①									TEL	
										FAX	
	②									TEL	
										FAX	
既往歴			病名		発症時期		入院期間		手術		
	①										
	②										
	③										
	④										
現病	①										
	②										
	③										
	④										
	⑤										
服薬中の薬	薬品名		数量		朝食		昼食		夕食		就前
	①					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	②					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	③					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	④					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	⑤					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	⑥					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	⑦					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
	⑧					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時	
⑨					前 中 後	前 中 後	前 中 後	前 中 後	時		
身体状況	身長		体重		血圧	/		体温		脈拍	
感染症	MRSA		陽性 陰性		B型肝炎		陽性 陰性				
	疥癬		有 無		C型肝炎		陽性 陰性				
, l m											
リハビリ			内容		頻度		期間		実施機関		
	過去	現在			月 / 回		～				
	過去	現在			月 / 回		～				
	過去	現在			月 / 回		～				
備考（特に注意が必要な事があればご記入ください）											

情報提供票 C

身体状況等	視力	右	1、普通に見える 2、大きな字なら見える 3、物の形がぼんやりわかる 4、全然みえない			
		左	1、普通に見える 2、大きな字なら見える 3、物の形がぼんやりわかる 4、全然みえない			
	詳細	眼鏡使用 (有 ・ 無)				
	聴力	右	1、普通に聞こえる 2、やや大声でないと聞こえない 3、大声でないと聞こえない 4、全く聞こえない			
		左	1、普通に聞こえる 2、やや大声でないと聞こえない 3、大声でないと聞こえない 4、全く聞こえない			
	詳細	補聴器使用 (有 ・ 無)				
	発語	1、普通 2、やや聞き取りにくい 3、やっと聞き取れる 4、全く聞き取れない 5、発語なし				
	詳細					
	睡眠	1、眠れる 2、あまり眠れない 3、極度の不眠 4、昼夜逆転 平均睡眠時間 (時間程度)				
	詳細					
	便通	1、普通 2、便秘しやすい 3、下痢しやすい 排便サイクル (日に1回程度)				
	詳細					
	アレルギー	1、ある	薬品		その他	
		2、なし				
詳細						
皮膚	1、床ずれがある 2、内出血・あざがある 3、湿疹がある 4、オムツかぶれがある 5、水虫がある					
詳細						
日常生活動作等	動作	1、普通に外出できる 2、家の中なら動ける 3、長時間座ってられる 4、短時間なら座られる				
		5、体を起こすことは出来るがあまり動けない 6、ほとんど寝たきり				
	詳細					
	立位	1、座った状態から立てる 2、つかまれば自分で立てる 3、介助があれば何とか立てる				
		4、起立不可 *立位保持 (可 ・ 不可)				
	詳細					
	座位	1、立った状態から自分で座れる 2、つかまれば自分で座れる 3、介助があれば何とか座れる				
		4、座位不可 *座位保持 (可 ・ 不可)				
	詳細					
	移動	1、普通に歩ける 2、室内は一人で歩ける 3、つたい歩きは出来る 4、介助があれば何とか歩ける				
		5、歩行不可 *使用器具 (杖 シルバーカー 歩行器 車椅子)				
	詳細					
	着脱	1、自立 2、時間がかかるが自立 3、ボタン掛け等一部介助が必要 4、全く一人では着れない				
詳細						
食事詳細	1、自立 2、見守りが必要 3、一部介助が必要 4、全介助					
	* < 箸 スプーン フォーク エプロン トロミ 自助具 () 使用 > * 嚥下状態 (普通 むせ込みやすい 悪い)					
食事内容詳細	主食	1、常食 2、五分粥 3、七分粥 4、全粥 5、ミキサー食 6、おにぎり 7、パン				
	副食	1、常食 2、一口大食 3、刻み食 4、 極刻み食 5、 ミキサー食				
詳細						

情報提供票 **D**

日常生活動作等	禁止食品	無 ・ 有 アレルギー () 本人嗜好 () その他、薬・調理形態等
	摂取制限	無 ・ 有 塩分 () g以下 ・ 水分 () cc以下 ・ カリウム () g以下 カロリー () kcal その他 ()
	食欲	1、旺盛 2、普通 3、少なめ 4、拒食 5、認知症により ()
	入浴 詳細	1、自立 2、一部介助 3、全介助 4、入浴拒否 5、入浴できない (Dr指示 ・ 家族依頼) *形態 (清拭 ・ シャワー浴 ・ 一般浴 ・ チェア浴 ・ ストレッチャー浴)
	排泄 (日中)	1、自立 2、一人でできるがやや不自由 3、時々失禁する 4、誘導及び声掛けが必要 5、オムツ使用 使用物品 (パット フラット 安心パンツ 紙パンツ 紙おむつ Pトイレ 尿瓶 その他 ()) 尿意 有 ・ 無 ・ あいまい 便意 有 ・ 無 ・ あいまい
排泄 (夜間) 詳細	1、自立 2、一人でできるがやや不自由 3、時々失禁する 4、誘導及び声掛けが必要 5、オムツ使用 使用物品 (パット フラット 安心パンツ 紙パンツ 紙おむつ Pトイレ 尿瓶 その他 ()) 尿意 有 ・ 無 ・ あいまい 便意 有 ・ 無 ・ あいまい	
認知症症状	(次の項目に該当するものがあれば○印をつけてください) 1、簡単な日常会話にも支障がある (好き嫌いという簡単な意思表示ができる程度) 2、自分の家・部屋・トイレ等の場所を間違える 3、徘徊がある 4、昼と夜の区別がつかない 5、夜騒ぐ 6、夜間徘徊がある 7、家族や知人を混同するなど人を間違える 8、物をしまい忘れる 9、数時間前の事を忘れる 10、失禁等で汚したり、不潔になっても無関心 11、大声をあげて騒ぐことがある 12、異食行為がみられる 13、幻聴・幻覚がある 14、作話をする 15、不穏時、暴力行為がある 16、せん妄・妄想がみられる 17、収集癖がある その他	
	詳細	
備考	注意点・要望等	