

## ショートステイ

|   |  |   |   |    |     |
|---|--|---|---|----|-----|
| フリガナ                                    |  |   |   |    |     |
| ご利用者氏名                                  |  |   |   |    |     |
| 利用希望                                    | ・登録のみ      ・定期利用      ・不定期利用   |   |   |    |     |
| ショートステイを希望する理由                          |  |   |   |    |     |
| 下記の該当するところに ○ を付けてください。介護の参考にさせていただきます。 |  |   |   |    |     |
| 移動                                      | ・歩行                      ・杖                      ・歩行器(本人所有 あり・なし)      ・車椅子(本人所有 あり・なし)  |   |   |    |     |
| 入浴                                      | ・機械浴                      ・一般浴   |   |   |    |     |
| 食事(主食)                                  | ・ご飯                      ・お粥                      ・その他 (                      )  |   |   |    |     |
| (副食)                                    | ・普通                      ・一口大                      ・きざみ                      ・ミキサー食  |   |   |    |     |
| (朝食)                                    | ・和食(ご飯・粥)                      ・洋食(パン・パン粥)                      ・飲み物(牛乳・カルゲン・ジュース)   |   |   |    |     |
| (アレルギー)                                 | ・有(                      )・無   |   |   |    |     |
| 療養食指示                                   | ・有(                      )・無   |   |   |    |     |
| 排泄                                      | ・自分で行く                      ・声かけ必要                      ・定期的な介助  |   |   |    |     |
| 認知                                      | ・無      ・年相応      ・まだら      ・アルツハイマー      ・脳血管性      ・軽度      ・中度      ・重度   |   |   |    |     |
| 周辺症状                                    | ・被害妄想      ・幻視      ・幻聴      ・徘徊      ・介護抵抗      ・不潔行為<br>・その他(                      )   |   |   |    |     |
| お薬                                      | ・ある                      (飲み薬・目薬・貼り薬・塗り薬)                      ・なし   |   |   |    |     |
|   | 朝  | 昼 | 夕 | 眠前 | その他 |
| 送迎                                      | 送迎を希望されますか                      ・希望する                      ・希望しない  |   |   |    |     |
| 生活歴                                     |  |   |   |    |     |
| 趣味                                      |  |   |   |    |     |
| 医療的ケア                                   | ・インスリン【自己注射 可 / 不可(内容:                      )】<br>・吸引(                      回/1日)      ・酸素(                      ℓ)      ・胃ろう(内容:                      )<br>・点滴      ・ストマ      ・処置(                      ) |   |   |    |     |
| 備考                                      | 在宅でお困りな点や今後ご希望されるサービス等ありましたらご自由にお書きください。   |   |   |    |     |