

ショートステイ

| | | | |
|-------|---------------|---------------|-----|
| 基本 NO | アルト ショートNO | ライブ ショートNO | 担当者 |
| * | * | * | * |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | |
| ご利用者氏名 | 申込日 平成 年 月 日 | | | |
| サービス区分(○印) | ・ベルアルト(4人室) ・ベルライブ(個室) | | | |
| 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 ・軟らかい ・きざみ ・ミキサー食 | | | |
| 排泄 | ・自分で行く ・声かけ必要 ・定期的な介助 | | | |
| お薬 | ・ある(飲み薬・目薬・貼り薬・塗り薬) ・なし | | | |
| 送迎 | 送迎を希望されますか ・希望する ・希望しない | | | |
| ご本人が望む 生活上の希望 (例文を参考に ご記入ください) | <ul style="list-style-type: none"> ・移動 (例)杖を利用し歩けるようになりたい [] ・更衣 (例)間違えずに着替えたい [] ・食事 (例)自分でおいしく食べたい [] ・排泄 (例)スムーズに便器へ移りたい [] ・入浴 (例)自分で体が洗えるようになりたい [] ・その他 [] | | | |
| 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 | | | |