


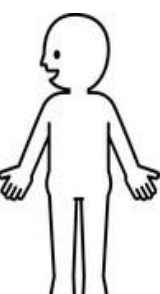
ブルーポピー デイ・ショートステイ申込書

利用者名	ふりがな	男・女	M・T・S	生年月日	年 月 日(歳)
住所 電話番号	〒				
	電話番号	—	他サービスの有無 有・無()		
介護度	要支援・要介護(1・2・3・4・5) 負担割合; 1割・2割・3割 減額証; あり・なし				
主介護者(連絡先①)	名前		電話番号		続柄
連絡先②	名前		電話番号		続柄
緊急時搬送先	無・有	病院名		電話番号	
ケアマネ		事業所名		電話番号	

現病名 既往歴	感染症 有・無 ()				
------------	-------------	--	--	--	--

医療行為	有・無	経管栄養(胃瘻)・インスリン・在宅酸素 褥瘡・ストマ・吸引・その他()			
------	-----	---	--	--	--

薬	有・無 () ※薬情があれば、送ってください				
----------	-------------------------	--	--	--	--

ADL	食事	自立・半介助・全介助 (トロミ 有・無)				 	
		食事形態	主食	米飯・軟飯・粥・ミキサー・朝食パン			
			副食	常食・一口大・刻み・ミキサー			
	排泄	自立・半介助・全介助 ()					
		使用形態	トイレ・布パンツ・リハパン・オムツ・パット				
	入浴	自立・半介助・全介助 ()					
		形態	一般浴・機械浴・ストレッチャー浴・シャワー浴				
	移動動作	自立・半介助・全介助 ()					
		補助具	杖・手引き・歩行器・シルバーカー・車イス				
	認知症	無・有	(具体的に:)				
問題行動	無・有	(具体的に:)					
障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						

備考欄	<div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> コロナワクチン接種 1回目 月 日 2回目 月 日 3回目 月 日 </div>
-----	--