

短期入所療養介護(ショートステイ)

記入日 令和 年 月 日

ご本人についてご家族(代理人)の方がご記入ください。該当するところに○印や記入をお願いします。なるべく正確にご記入ください。

氏名:

記入者名:

記入者とご本人の関係:

A:今までの状況

現在の状況				
今までにかかった病気				
出身地	職歴	(*具体的な職業をお書きください)		
生活歴	(例:○歳まで就労 とか ○歳で結婚 とか 平成○年施設入所とか)			
性格				
趣味や特技	・ある() ・特になし			
嗜好について	・喫煙習慣がある (本/日) ・なし			
	・飲酒習慣がある (種類、量 /日) ・なし			
社会活動	(自治体の委員や町会の役員、各種団体の役員などをされた方はご記入ください。)			
転倒の危険性チェック	以下の質問にお答え下さい。	ある場合に○	ポイント	説明:厚生労働省鳥羽氏による簡易式転倒チェックシート。合計6点以上は「要注意」。「要注意」の人が1年以内に転倒する確率が高い。 えびすの郷処理欄
	過去1年以内に転んだことがある。		5	
	背中が丸くなってきた。		2	
	歩く速度が遅くなってきたと思う。		2	
	つえを使っている。		2	
毎日5種類以上の薬を飲んでいる。		2	合計	

B:家族の状況

世帯区分	・独居 ・老人世帯 ・寝たきり ・認知症 ・身体障害者		
家族構成			<p>記入例</p> <p>既に亡くなった方は縦2本線で消してください。</p>
家庭内の役割	車椅子の使用	・使用している ・使用していない	使用している方は ・車椅子は自己所有 ・車椅子はレンタル

※裏面も必ず記載して下さい。

ヘルパー の利用歴	・利用あり	利用した ヘルパーの 内容	・調理	・洗濯	・清掃	・買い物	・服薬	・電話	・入浴
	・利用なし		・金銭管理	・通所通院	・その他 ()				

C:居住環境と諸設備の状況

居室等の 状況	ア : 一戸建て、集合住宅	
	イ : 平屋建て、□階建て、集合住宅の□階	
	ウ : 専用居室あり、専用居室なし	エ : 1階、2階、その他 □階
	オ : 布団、ベッド	カ : 陽あたり: 良、普通、悪
トイレ	キ : 和式、洋式、その他	ク : 手すり(あり、なし)
	ケ : トイレまでの段差(あり、なし)	
浴室	コ : 自宅に(あり・なし) サ:手すり(あり・なし) シ:浴室までの段差(あり・なし)	
居住環境での 特記事項 (あれば記入してください)	(例: 自宅前は幹線道路が通り交通量が多い、2階以上居住でエレベーターが無い等)	

D:サービス利用にあたっての希望 (当施設のサービスを受けることにより期待されることなどについてお書きください。)

ご本人の希望
ご家族の希望