

【別紙③】

ニチイホーム 短期利用 申込書

年 月 日

A 利用者情報	① 利用歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用歴有 ⇒ <input type="checkbox"/> 当ホーム <input type="checkbox"/> 他ニチイホーム (ホーム名:NH)		
	② 利用希望施設	ニチイホーム		
	③ 氏名	ふりがな <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 (歳)	
	⑤ 住所	〒		
	⑥ 要介護度	<input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5	⑦被保険者番号	
	⑧ 認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	⑨負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	⑩ 身元引受人 (契約書及び案内送付先)	[氏名] 〒 [TEL] [携帯] [続柄] 〒	<small>※本人同居の場合住所は記載不要</small>	

B 利用希望	① 希望日	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 泊 日間
	② 日程調整	<input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可 (但し 月□上 □中 □下旬に 泊 日位)
	③ 特記事項	<small>日にちの指定はないが曜日の指定があるなど</small>

※C欄は再利用の方で、前回利用時からご本人の状況の変化がない場合、記入の必要はありません。
 (他のニチイホームでの利用実績がある方も同様ですが、その場合は前回利用時の申込書を添付して下さい)

C 身体状況	① 移動動作	歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助) 杖(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) 転倒歴(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 時期と頻度) 寝返り(<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 要介助) ナースコール(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
	② 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 普通の下着 <small>日中と夜間において対応が異なる場合やその他注意点がある場合に記載下さい</small>	
	③ 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 主食(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー) <input type="checkbox"/> 副食(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー) <input type="checkbox"/> 水分トロミ 厳禁食(アレルギー等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	減塩食希望 <input type="checkbox"/> 有 g/日
	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> 一般浴/ <input type="checkbox"/> 機械浴)	<small>注意点</small>
	⑤ 認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他)	
	⑥ 感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他	
	⑦ 主治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ クリニック名 : _____ 医師名 : _____	
	⑧ 特別な医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	<small>注:別紙「短期入居 医療受け入れ一覧」に受け入れ基準をご確認の上、ご利用をご検討下さい。詳しくはホームまでお問い合わせ下さい。</small>
	⑨ 特記事項	<small>⑤⑥において、その他とした場合は、こちらに詳細を記載下さい。</small>	

D 通信欄(送信の際必ずご記入下さい)

①事業所名	
②事業所番号	
③ご担当者名	
④TEL	
FAX	
⑤連絡事項	

E ニチイケアパレス使用欄

受付日	年 月 日
受付者	
可否判定	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
否の場合の事由	
注意事項	

回答日	担当者	ホーム長
	印	印