

FAX送信票 / 新規ショートステイ利用者情報 及び 依頼票			送信日: /	送信者: 送信者 連絡先:
利用希望者		家族 及び 連絡先		家族構成
氏名	生年月日 年 月 日	キーパーソン		
住所		キーパーソン連絡先自宅と携帯		
電話番号		その他家族		
介護保険被保険者番号 :		連絡先		
有効期間 :		ショートステイ利用理由		
介護度 :				
介護保険負担限度額段階 :				
主治医(医療機関) :		利用希望日		
依頼準備書類確認	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書: / <input type="checkbox"/> 内服情報 / <input type="checkbox"/> 提供票(及び別票) / <input type="checkbox"/> 介護保険者証等写し			
利用者ADL情報				
移動能力	自立歩行・自立杖歩行・自立押し車歩行・車椅子 / 歩行状態: 安定・不安定 / 転倒リスク: 高い・低い			
	段差移動: 自立・介助・不可 / 移乗: 自立・軽介助・要介助			
排泄	トイレ(自立)・トイレ(誘導軽介助)・オムツ			
摂食	自立・見守り・一部介助・全介助 / 嚥下能力: 問題なし・注意必要			
意思疎通/理解力	意思疎通: 良好・見守り・困難 / 認知症: 無し・一般病院受け入れ可能範囲の認知・中重度			
認知症周辺症状	無し・徘徊・立上り・ずり落ち転落・夜間不眠・独語・暴言・介護拒否・その他:			
利用・送迎時の 注意点等				