特別養護老人ホーム中目黒　初回ショートステイ申込情報提供表①

ふりがな 利用者氏名	男・女	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日(　　歳)
住所		
電話番号		
介護保険　　要介護　1・2・3・4・5　　要支援　1・2　申請中　　区分変更中		
介護保険負担割合証　　割		
負担限度額認定証　　□なし　□申請中　□あり（第一段階　・第二段階　・第三段階）		
目黒区独自減額　　□なし　□あり		
居宅介護支援事業所		
担当ケアマネージャー		
事業所TEL	事業所FAX	

ふりがな 主介護者氏名　　（続柄　　）
住所
電話番号

移動	歩行	□自立　□杖・歩行器　□手引き・伝い　□できない
	車椅子	□使用なし　□自操できる　□一部介助　□全介助
	移乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	立位	□できる　□掴まればできる　□支えがあれば可　□不可
	起き上がり	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	座位	□自立　□支えがあれば可　□不可
	麻痺	□なし　□あり　上肢（左側・右側）　下肢（左側・右側）
食事	動作	□自立　□声掛け　□一部介助　□全介助
	むせこみ	□なし　□時々あり　□あり
	主食（米）	□普通　□軟飯　□全粥　□ミキサー　□おにぎり
	（食パン）	□耳あり　□耳なし　□１枚サイズ　□　1/4カット　□ジャム塗り □パン粥　□パンミキサー
	副食	□常食　□刻み（一口大）　□極刻み　□ミキサー
	水分トロミ	□なし　□あり　（トロミのかたさ　　）
	禁止食品	□なし □あり（薬・アレルギー・嗜好）（食品：　　） その他制限　□なし　□あり
	摂取量	□概ね全量　□７～８割　□半量程度　□半量以下　□ムラあり
	その他特記事項（自助具：　　）	
口腔ケア	動作	□自立　□一部介助　□全介助
	義歯	□なし　□あり　上（部分・総）下（部分・総） 装着　□一日中　□就寝時以外　□食事時のみ
	使用物品	□歯ブラシ　□スポンジ　□歯磨き粉　□洗浄剤
	うがい	□できる　□ムラあり　□できない