様式第１号（第７条関係）

**生活支援ショートステイ事業利用申請書**

平成　　年　　月　　日

　小　野　町　長　　様

住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　老人との続柄　　　　　）

下記のとおり、生活支援ショートステイ事業を利用したいので、小野町生活支援ショートステ

イ事業運営要綱第７条第１項の規定により申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名生年月日等 |  |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 |
| 申請の理由 | 社会的理　由 | ①疾病　 ②出産　 ③冠婚葬祭 　④事故　 ⑤災害　 ⑥失踪⑦出張　 ⑧転勤　 ⑨看護　 ⑩学校等の公的行事への参加 |
| 私　的理　由 |  |
| 利用施設名 |  |
| 利用期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで |
| 利用世帯の生計の状況 | 　１　生活保護世帯　２　その他の世帯 |

　　※添付書類

　　　１　在宅介護支援センター又は高齢福祉係が調査し作成する、高齢者福祉台帳等

　　　２　健康診断書

別紙（第７条関係）

**健康診断書（生活支援ショートステイ用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 　Ｍ　Ｔ　Ｓ　　　年　　月　　日（　　歳） | 男 ・ 女 |
| 既　往　歴 |  |
| 現　病　歴 |  |

現　症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 心　　臓 |  | 精神障害（痴呆状態等） |
| 脊柱及び四　　肢 |  |
| 皮膚疾患 | 褥　瘡の場合 | 部位数　　　　　大きさ | その他 |
| 目 |  | 耳 |  |
| 血液型 | ＡＢＯ式 | 血　圧 | ～ |
| 尿検査 | 　糖（　　　　）　　　蛋白（　　　　）　　ウロビリノーゲン（　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 結　　　　　核 |  | 伝染の可能性有　・　無 |
| 梅毒反応検査 | ①　緒方法　　　　②　ガラス板法③　凝集法　　　　④　ＴＰＨＡ法 | 伝染の可能性有　・　無 |
| Ｈ　Ｂ　抗　原 |  | 伝染の可能性有　・　無 |
| その他の伝染性疾患の有無 |  | 伝染の可能性有　・　無 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師の所見 | 入　所 | 適　・　否 | 注意事項（意見） |
| 入　院 | 適　・　否 |
| 通　院 | 適　・　否 |

　　上記のとおり診断いたします。

　　　　　診察年月日　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　医療機関名

　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印