

短期入所生活介護事業利用申込書(                      年                      月分 )

申し込み日                      年                      月                      日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| (フリガナ)<br>お名前                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 生年月日                      年                      月                      日 |                                                                                                           | 男<br>・<br>女      |
| 住所<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 電話番号                      (                      )                        |                                                                                                           |                  |
| 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 要介護度                                                                      | 要支援<br>要介護                                                                                                | 1・2<br>1 2 3 4 5 |
| 介護者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 利用者との続柄                                                                   |                                                                                                           |                  |
| 介護者住所<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 電話番号                      (                      )                        |                                                                                                           |                  |
| 希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1・                      年                      月                      日(                      )                      ～                      年                      月                      日(                      )                      日間                                                                           |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2・                      年                      月                      日(                      )                      ～                      年                      月                      日(                      )                      日間                                                                           |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3・                      ～                      の間の                      日間                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
| 送迎希望                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 有    ( 往復    ・ 往路のみ    ・ 帰路のみ    )                      無                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
| 申請理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 介護者不在<br><input type="checkbox"/> 将来的に施設入所を希望                                                                                                                                                                                |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
| 当施設を選んだ理由                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ※当てはまるものがあれば複数選択可<br><input type="checkbox"/> 個室ユニット型だから <input type="checkbox"/> 近隣だから <input type="checkbox"/> 環境が気に入ったから <input type="checkbox"/> スタッフの対応が良かったから<br><input type="checkbox"/> 他の利用者の評判が良かったから <input type="checkbox"/> 送迎があるから <input type="checkbox"/> 土日も入退所可能だから<br><input type="checkbox"/> その他 |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
| 善福寺の<br>ショートステイ                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 利用有り    (                      年                      月                      )                                                                                                                                                                                                                                        |  | 身体状況の<br>変化                                                               | 有    (身体状況調書提出)                                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 利用無し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                           | 無                                                                                                         |                  |
| 居宅支援<br>事業所名<br>(事業所番号)                                                                                                                                                                                                                                                                               | (                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 介護支援<br>専門員名                                                              |                                                                                                           |                  |
| 居宅支援<br>事業所住所                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 居宅支援<br>事業所<br>電話/FAX                                                     | 電話番号                      (                      )<br>FAX番号                      (                      ) |                  |
| 請求関係<br>情報                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 介護保険負担割合( 1割    2割    3割    )<br>負担限度額認定証(なし(第4段階) ・ あり → 第1段階    第2段階    第3段階①    第3段階②)<br>請求先 ( 本人 ・ 家族(                      様宛) ・ その他( 後見人 ・ あんしんサポート ) )                                                                                                                                                        |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |
| 福祉サービスの利用状況<br>① 通所系サービス (                      )                      有                      無<br>② 訪問系サービス (                      )                      有                      無<br>③ 他施設のショートステイ ( 施設名                      )                      有                      無<br>主治医<br>その他利用中の医療機関 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |                                                                                                           |                  |

※ 新規の場合と身体状況に変化があった場合は、身体状況調書の提出をお願いいたします。

TEL 03-5303-0756

FAX 03-5303-0757

|     |  |      |       |     |  |
|-----|--|------|-------|-----|--|
| 番号  |  | 調整会議 |       | 入力日 |  |
| 受付日 |  | 身体調書 | 有 ・ 無 | 連絡日 |  |

| 身体状況調書         |                                                                                                                                            | ふりがな   |                   | 記入日      | 年                                                                 | 月 | 日 |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------------------|---|---|
|                |                                                                                                                                            | お名前    |                   | 記入者      |                                                                   |   |   |
|                |                                                                                                                                            |        |                   | 関係       |                                                                   |   |   |
| 視力             | ・眼鏡 (有 ・ 無) ・普通<br>・白内障 (左 ・ 右) ・見えにくい(左 ・ 右)<br>・緑内障 (左 ・ 右) ・見えない (左 ・ 右)<br>・その他                                                        |        |                   | 睡眠       | ・良 就寝時間 時～ 時<br>・不良<br>・眠剤 (有 ・ 無 )<br>・夜間帯のご様子                   |   |   |
| 聴力             | ・普通 (左 ・ 右 )<br>・聞こえにくい (左 ・ 右 )<br>・ほとんど聞こえない (左 ・ 右 )<br>・まったく聞こえない (左 ・ 右 )<br>・補聴器 (左 ・ 右 )                                            |        |                   | 言語       | ・普通<br>・はっきりしない<br>・やっと通じる<br>・ほとんど話せない<br>・意思疎通 ( 可 ・ 不可 )       |   |   |
| 座位             | ・自立<br>・自分で支えられる<br>・背もたれがあれば可<br>・不可                                                                                                      |        |                   | 食事       | ・自立<br>・時間がかかるが自立<br>・一部介助<br>・全介助<br>・食事時間 分程度<br>・自助具の有無 なし あり( |   |   |
| 送迎             | ヘルパー 有 無                                                                                                                                   |        |                   |          |                                                                   |   |   |
| 歩行             | ・独歩 ・杖 ・歩行器 ・伝い歩き ・付添歩行<br>・車椅子 (自操 ・ 介助 )<br>・ふらつき ・小刻み歩行                                                                                 |        |                   | 食事形態     | ・常食 ・極刻み(ソフト) ・ミキサー<br>・お粥 ・ペースト粥 ・パン食<br>・禁食<br>・嫌いなもの           |   |   |
| 入浴             | ・介助浴 (好き ・ 嫌い )<br>・リフト ・機械 主治医の指示 なし あり(                                                                                                  |        |                   |          |                                                                   |   |   |
| 排泄             | ・自立 ・一部介助 ・全介助<br>・ポータブルトイレ使用<br>・オムツ ・リハビリパンツ ・パッド<br>(夜のみ ・ 昼夜 )<br>・失禁 (有 ・ 無 )<br>・尿意 (有 ・ 無 )<br>・便意 (有 ・ 無 )<br>・排便コントロール有 (下剤種類 ) 無 |        |                   | 義歯       | ・総義歯<br>・上顎 ・下顎<br>・部分 ( )<br>・夜間 外す 外さない                         |   |   |
|                |                                                                                                                                            |        |                   | 歯磨き      | ・自立<br>・時間がかかるが自立<br>・一部介助<br>・全介助                                |   |   |
| マエ<br>使用<br>ット | ・有<br>・無                                                                                                                                   | 就寝時の対応 | ・ベッド (柵 点)<br>・布団 | 変体<br>換位 | ・自立 ・時間がかかるが自立<br>・一部介助 ・全介助                                      |   |   |
| 認知症            | ・無 ・疑いあり ・有 認知症高齢者日常生活自立度 ( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )<br>・徘徊 (有 ・ 無 )<br>・BPSD (幻覚 妄想 攻撃的行動 不潔行為 昼夜逆転 異食行為 収集癖 その他)<br>* できるだけ詳しく記入してください |        |                   |          |                                                                   |   |   |
| 処医<br>置療       | ・無 有 →( 服薬管理 ・ 点眼 ・ 褥瘡処置 ・ 経管栄養 ・ その他 )                                                                                                    |        |                   |          |                                                                   |   |   |
| 既往症            |                                                                                                                                            |        |                   |          |                                                                   |   |   |
| 意見欄            | * 当施設のショートステイご利用に当たって留意することなどありましたら、ご記入ください。                                                                                               |        |                   |          |                                                                   |   |   |