

## 短期入所生活介護 利用申込書

受付日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和
利用者名		年	月	日 歳
住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	電話	-	-
		FAX	-	-
		携帯	-	-
現在地	1. 自宅                      2. 病院                      3. 老人保健施設 4. 養護・経費・有料ホーム、ケアハウス      5. その他(                      )			
施設名		電話	-	-
		FAX	-	-
		担当者		
利用開始日	平成	年	月	日

### 介護保険内容※

区市町村名	区・市・町・村	保険者番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>										
被保険者番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>												
要介護度	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5	・	申請中	(申請日 令和 年 月 日)
有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日				
負担割合	1割		2割										
負担限度額認定証区分	第1段階		第2段階		第3段階(1・2)		第4段階						
登録ケアマネージャー													
事業者名		電話	-	-									
		FAX	-	-									
		担当者											

### 医療保険内容※

後期高齢者医療保険	国民健康保険	その他(                      )
生活保護		
福祉事務所	課	係 担当者
電話	-	-
	FAX	-

### その他※

身体障害者手帳・愛の手帳	有・無	種類・記号番号	
標準負担額減額認定証・受給者証	有・無	種類・記号番号	
年金・恩給	有・無	種類・記号番号	

フリガナ		続柄		電話	-	-
申込者				FAX	-	-
				携帯	-	-
住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>					
利用者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疎遠 <input type="checkbox"/> その他(                      )					

申込み理由 (該当するものすべて選択)

病院、他施設を利用しているが、  
 退院(退去)を求められている

在宅生活が困難になった

その他

何らかの虐待を受けている

火の取扱いに不安がある

( )

本人の状況 (該当するものすべて選択)

本人が病気 (病名 )

徘徊がある

帰宅願望

不潔行為がある

異食行為がある

介護抵抗がある

暴言・暴力がある

大声・奇声がある

収集行為

上記以外 ( )

医療処置として (該当するものすべて選択)

経管栄養 (  経鼻  経腸  胃瘻 )

インスリン

褥瘡

酸素療法

尿管カテーテル

ストマ

それ以外 ( )

介護者の状況

介護者が  いる  いない

配偶者が  いる  いない (  未婚  離別  死別 )

子供が  いる  いない

主に介護される方は  高齢

病弱

病気で通院・入院中

障害がある

それ以外 ( )

在宅サービス利用状況

利用しているサービス	利用回数等	備考	利用しているサービス	利用回数等	備考
訪問介護	回/月		通所介護	回/月	
訪問入浴介護	回/月		通所リハビリ	回/月	
訪問看護	回/月		短期入所	回/月	
訪問リハビリ	回/月		その他	回/月	

サービスに対する本人または家族の希望等

家族・親族の状況 (申込者以外の方)

フリガナ		続柄	電話	-	-
氏名			FAX	-	-
			携帯	-	-

住所 〒    -

利用者との関係  良好  疎遠  その他 ( )

## 短期入所生活介護 利用申込に伴う意見書

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 記入日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

○ 日常生活動作

移動  自分で歩ける  杖を使用する  歩行器を使用する  
 手引き誘導で歩ける  車椅子を使用する 車椅子操作  可能  全介助  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

食事形態 主食  ご飯  お粥  それ以外 ( \_\_\_\_\_ )  
 副食  普通  細かくする  それ以外 ( \_\_\_\_\_ )

摂取動作  自分で食べられる  食器を渡せば食べられる  自分では食べられない  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

排泄  自分で出来る  介助・見守り・確認が必要  オムツを使用する  
 場所  トイレ  ポータブルトイレ  夜間のみ  昼夜とも  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

整容  自立  一部介助  全介助  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

更衣  自立  一部介助  全介助  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

入浴  自立  一部介助  全介助  
 特記事項 ( \_\_\_\_\_ )

○ 身体状況 ※ 麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況

※障害高齢者の日常生活自立度 ( J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 )

○ 認知症 ※ 介護や見守りを要する認知症状

※認知症高齢者の日常生活自立度 ( I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M )

○ 疾患等 ※ 医療器具の使用や注意を要する疾患、介護や看護を要する疾患

○ その他の留意点

記入者		職種	
区分	居宅介護支援事業所	在宅介護支援センター	その他( _____ )
所属	事業者名	電話	- -



## ご 案 内

この度は、琴清苑ショートステイ利用をご希望いただきまして有難うございます。  
利用申し込み手続きとしまして、下記のものをご用意・ご提出ください。

I . 短期入所生活介護 利用申込書(A4サイズ×2枚)

II . 短期入所生活介護 利用申込に伴う意見書(A4サイズ×1枚)

III . 診療情報提供書

入院先医療機関やかかりつけ医師、ケアマネージャーにご相談下さい。

様式は問いませんが、「障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度」  
の評価は、必ず記載をお願いします。

日常生活自立度に関する資料は、直近の認定調査の際に作成された  
「主治医意見書」を代用いただけます。

交付に関しましては、保険者へお問い合わせください。

宛名は双葉会診療所(法人医療機関)でお願いします。

IV . ご本人に関すること

すぐ前の出来事は忘れてしまっても過去のことは憶えています。

記憶を引き出し、共感しながら心の安定をはかり、懐かしい・楽しいといった  
思い出を蘇らせることで、精神的に心地よい環境を作り出し安定を図ることを  
目的としています。

※ . 介護保険・医療保険・その他手帳証書等は、それぞれコピーをご準備ください、

追加資料としてでしたら他施設への入所申込書・病院でのリハビリ情報なども  
添付可能ですが、上記4種類の書類をご用意いただけない場合、及び内容に  
不足がある場合は、利用申込書とは認められませんのでご注意ください。

介護老人福祉施設 琴清苑

生活相談員 佐々木 健児

〒 198-0212

東京都西多摩郡奥多摩町氷川1139番地

TEL 0428-83-3932