

短期入所生活介護 利用申込書

受付日 年 月 日

フリガナ 利用者名			男・女	生年月日	大正・昭和			
					年	月	日	歳
住所	〒 -				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	-	-	
利用開始日	令和	年	月	日	担当者			

介護保険内容※

区市町村名	区・市・町・村		保険者番号				
被保険者番号							
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		3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
ケアマネージャー 事業所名 :							
担当ケアマネージャー名 :					電話	-	-
〒					FAX	-	-

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	
精神保健福祉手帳・自立支援医療証	有・無	種類・記号番号	
年金(国民・厚生・共済)	有・無	種類・記号番号	

フリガナ 申込者			(続柄)	電話	-	-
				FAX	-	-
			(職業)	携帯	-	-
住所	〒 -					
メールアドレス @						
利用者との関係	☐ 良好 ☐ 疎遠 ☐ 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 ()	

利用者・介護者等の状況

利用者には配偶者が	☐ いる ☐ いない (☐ 未婚 ☐ 離別 ☐ 死別)
利用者には子供が	☐ いる (具体的に) ☐ いない
利用者には介護者が	☐ いる (具体的に) ☐ 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 ()
家族の状況等の具体的内容	
☐ 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		(職業)	FAX	-	-
			携帯	-	-
住所 〒 -					
メールアドレス @					
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 ()

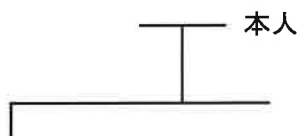
○ 身体状況	※ 麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況
※ 障害高齢者の日常生活自立度 (J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)	
○ 認知症	※ 介護や見守りを要する認知症状
※ 認知症高齢者の日常生活自立度 (I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)	
○ 疾患等	※ 医療器具の使用や注意を要する疾患、介護や看護を要する疾患
○ その他の留意点	

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	- -

ご本人に関すること

施設職員がご本人のことをより詳しく理解するための助けにします。

過去の記憶を引き出し、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安定を図ることを目的としています。書けるところだけで結構です。

現在同居している人は？	(家族構成状況) ※年齢も記入 女性:○ 男性:□ 死亡:黒塗り 		
子供のころに過ごした場所は？ 住んでいた場所 () その他 ()			
最後に出た学校は？ 中学校・高等学校・大学・その他 ()			
どんな仕事をされていましたか？ □ 会社員 () □ 自営業 () □ その他 ()			
性格は？ ☐ 温厚 ☐ 頑固 ☐ 几帳面 ☐ 社交的 ☐ 神経質 ☐ 責任感が強い ☐ 積極的 ☐ その他()			
以下の各項目で「以前していたこと」、「今もしていること」、「今後チャレンジしてみたいこと」を教えてください。			
	以前していた	今もしている	今後チャレンジしたい
自転車・車の運転			
電車・バスでの外出			
動物の世話			
ボランティア活動 ()			
お参り・宗教活動			
読書(新聞含む)			
俳句・短歌・川柳			
書道・習字			
絵を描く・絵手紙			
パソコン・スマートフォン・タブレット			
映画・観劇・演奏会			
歌を歌う・カラオケ			
音楽を聴く・楽器演奏			
将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
体操・運動			
散歩			
ダンス・踊り			
野球・相撲・サッカー等観戦(具体的に)			
編み物・手芸			
その他()			

ご 案 内

この度は、寿楽荘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(寿楽荘に隣接する医療機関)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 寿楽荘
生活相談員 堀口 純
〒198-0213
東京都西多摩郡奥多摩町海沢497番地
TEL 0428-83-2338