

コスモス苑さとづかショートステイ利用申込書（初回利用時のみ）

申し込み日：令和 年 月 日

コスモス苑さとづかショートステイを利用したいので下記の通り申し込みします。

申込み者 ⇒ 今後郵送物や電話連絡が出来る方をお書き下さい。

記載例 ※ □の欄はチェック（✓）を記入して下さい。

フリガナ	サイセイ タロウ		続柄	長男		
申込み者氏名	彩世 太郎					
住所	〒〇〇〇〇—〇〇〇〇		電話	自宅 〇 1 1 — 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇		
	札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号			携帯 〇 9 0 — 〇 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇 その他 〇 1 1 — 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇		
短期入所利用希望者の状況	フリガナ	サイセイ エンタロウ	性別	生年月日		
	入居希望者氏名	彩世 苑太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日（〇〇歳）		
	住所	〒〇〇〇〇—〇〇〇〇 札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号		電話 〇 1 1 （〇〇〇） 〇〇〇〇		
	短期入所利用中の緊急連絡先（申込者と同じ場合は記入しなくても良いです）					
	氏名： 彩世 花子			続柄： 長女		
住所： 札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号						
電話番号： 〇 1 1 — 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇 携帯番号： 〇 9 0 — 〇 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇						
利用希望日時				送迎希望		
1・令和〇〇年〇月〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ <input checked="" type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 夕食）から 令和〇〇年〇月〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input checked="" type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 夕食）まで				<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
2・令和〇〇年〇月〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ <input checked="" type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 夕食）から 令和〇〇年〇月〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input checked="" type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 夕食）まで						
保険情報の状況	介護保険番号	要支援 要介護度	認定有効期間	介護保険負担限度額認定証の有無		
	5 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	3	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無い		
	介護保険料の段階区分			身体障害者手帳受給の有無		
<input type="checkbox"/> 第5段階以上 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階			<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無い			
主たる介護者の状況	主たる介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 居る <input type="checkbox"/> 居ない	主たる介護者氏名	本人との関係	長男	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	在宅サービスの状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 他の施設の短期入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> サービスは利用していない				
短期入所利用状況	<input type="checkbox"/> 短期入所を利用した事が有る <input checked="" type="checkbox"/> 短期入居を利用するのは初めて					
申込み理由 ※必ずご記入して下さい	<input type="checkbox"/> 介護疲れの為 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者不在の為（ <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> その他：					

【現在病名・治療中の内容と特記事項】

高血圧・脳梗塞後遺症・糖尿病・両膝変形性関節痛・白内障

医療行為の状況

【過去に入院や手術などの経緯があればご記入下さい】

昭和〇〇年〇〇～脳梗塞・平成〇〇年〇〇月～右膝人工関節手術・平成〇〇年〇月～左目白内障手術

経管栄養 胃ろう 在宅酸素 インスリン注射 吸引

その他特別な医療行為 : 有り 無し

かかりつけ医療機関名 ⇒ 〇〇〇病院 (内科)・〇〇病院 (整形)・〇〇〇病院 (眼科)

受診頻度 ⇒ 1ヶ月に1回程度 / 週に1回程度 / その他

入

居

希

望

心

身

の

状

況

歩行状況

独歩杖歩行器
リクライニング車椅子
車椅子
座位保持困難
車椅子 (自走介助)
移乗 (自力一部介助全介助)
その他:
 自宅では壁をつたって歩いたりしているが、屋外や広い場所は車椅子使用している。

食事状況

常食 キザミ食
流動食 トロミ食
その他特別な食事内容 ()
自力で摂取可能
介助が必要
食事制限 有無
制限内容⇒
 塩分 7g
 1400^{キロカロリー}
朝食 〇時〇〇分頃
昼食 〇〇時〇〇分頃
夕食 〇〇時〇〇分頃
その他

排泄状況

トイレにて自立
トイレにて介助
Pトイレ使用
紙パンツ使用
パット使用
オムツ使用
尿意便意 有無
排便回数 (週 5回位)
夜間排泄 3回位
1日の排尿 7回位
便秘 (有無)
その他:

入浴状況

一般浴で介助あれば可
リフト浴
機械浴
入浴は困難
ベッド上で清拭のみ
入浴回数 (週 3回)
その他:
 デイサービスで週2回、自宅ヘルパーの介助で週1回入浴している。

身長・体重

身長 〇〇〇cm
 体重 〇〇kg

言語

問題なし
やや支障あり
補助具使用
困難
その他:

聴力

問題なし
やや難聴
難聴
補聴器使用
その他:

視力

問題なし
弱視
全盲
その他:

起床・就寝

良眠 不眠傾向
 ・夜間に 3回位起きる。
 ・何時頃に起床しますか
 〇〇時〇〇分頃
 ・何時頃に就寝しますか?
 〇〇時〇〇分頃
 ・その他:

その他特記・注意点

紹介者又は担当者名

居宅介護支援事業所名 : 〇〇〇〇居宅介護支援事業所
 介護支援専門員氏名 : 〇 〇 〇 〇
 連絡先電話番号 : 011-〇〇〇-〇〇〇〇

※記入につきましては、自宅での生活に近づけたい為出来る限り詳しくお書き下さい。