

短期入所生活介護

セントポーリア愛の郷  
ショートステイ

施設長様

利用申込書  
(ショートステイ)

利用希望者(申込者)

フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護・要支援	1・2・3・4・5
性別	男・女	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ( )		
給付制限			
認定審査意見			

注:介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏名		利用希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ( )		

希望期間	利用開始日	利用終了日
	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分

上記利用希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により利用を希望いたします。

なお、利用のための待機中に、貴施設以外の施設に利用が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

同意書	利用希望者、介護者を円滑に支援するために、この申込内容を情報提供することに同意します		
	令和 年 月 日	氏名	印

事務処理欄

初回申込: 令和 年 月 日	今回受付日: 令和 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法: 来所・郵送	意思確認: 令和 年 月 日

調 査 票

現 況		独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名 )・入所中(施設名 )				
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介 助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主)普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)		介 助	自立・一部介助・全介助	
		副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・特浴		介 助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要・不要			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重 kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精 神 状 態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他 )	
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知 症	無・有( )	
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない		問 題 行 動	無・有(徘徊・不潔行為・他 )	
健康状況	現 疾 患				病 歴	
	主 治 医				TEL	
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )				
	感 染 症	無・有( )		アレルギー	無・有( )	
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有( )	
	便 秘	無・有(服薬:無・有 )		こ 拘 縮	無・有( )	
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有 )		じ 瘡	無・有( )	
	えんげ下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有( )	
入 れ 歯	無・有(上・下)		口 腔 保 清	要・不要( )		
介護の状況	主たる介護者氏名		年 令 才	性 別 男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他( )				
	介 護 期 間	年 月頃から		その他の介護者	無・有 名	
	窓 口 相 談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他: )				
居宅介護支援事業所名		ケアマネージャー名				
住環境	区 分	持ち家・借家/高層住宅 階(エレベーター 有・無)				
	住 宅 改 修	可・不可・改修済( )				
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 )				

【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。