

介護老人保健施設「せんだんの丘」長期入所・短期入所(ショートステイ)利用申込書

記入日： 年 月 日

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒	電話	自宅	( ) FAX: 有り 無し / 留守電: 有り 無し
			携帯	( )	

連絡窓口①	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	歳	
	住所	〒	電話	自宅	( )
			※同居の場合「同上」で可	携帯	( )
勤務先	※お勤めされていない方は、「無し」でご記入下さい。				

連絡窓口②	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	歳	
	住所	〒	電話	自宅	( )
			※同居の場合「同上」で可	携帯	( )
勤務先	※お勤めされていない方は、「無し」でご記入下さい。				

家族構成 ※入所希望者の配偶者・子	氏名	年齢	続柄	職業	同居の有無
					同居 / 別居
					同居 / 別居
					同居 / 別居
					同居 / 別居

介護保険	介護度	申請中	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区分変更中
	介護保険負担割合	1割負担		2割負担		3割負担			確認中	
	負担限度額認定 ※1割負担の方のみ	無し	未確認	申請中	有り	第1段階		第2段階		第3段階

利用希望内容	希望部屋	<input type="checkbox"/> 一般棟 個室	<input type="checkbox"/> 一般棟 2人部屋	<input type="checkbox"/> 認知症専門棟 個室	<input type="checkbox"/> 認知症専門棟 多床室	<input type="checkbox"/> どこでもよい
	今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅生活の再開 ( 一人暮らし ・ 家族と同居 )				
		<input type="checkbox"/> 上記以外の場所 (施設など)				
		<input type="checkbox"/> まだ分からない / 検討中				

他科受診	入所中およびショートステイ利用中ともに、原則的に他科受診できないことをご理解いただけましたか？					
	<input type="checkbox"/> 理解した		<input type="checkbox"/> もう少し説明が欲しい		<input type="checkbox"/> 仕組みの理解が難しい	
	現時点で予約受診の予定がありますか？					
<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有り		日時	医療機関名	

※1. 該当する項目全てに、チェック(☑)を入れて下さい。(複数回答も可)  
 ※2. お申込みに関しては、本用紙「利用申込書」の他に、下記の書類の提出が必要になります。  
 「診断書」(かかりつけ医または入院中の病院にて、作成して頂きます)「生活歴シート」「誓約書(別世帯の連帯保証人の記入欄あり)」  
 ※3. 裏面の「ご意向確認用紙」のご記入も、お願い致します(必須事項)

## 【ご意向確認用紙】

これは、当施設をご利用される皆様に、より適切なサービスをご提供することができるよう、ご要望等をお伺いするための用紙です。ご本人・介護に携わるご家族、ご親族の皆様でよくご相談のうえ、率直なお考えをお書きください。

① 入所希望理由	ご本人		ご家族				
	※ご本人が回答困難な場合は、空欄でも可						
	上記の「理由」や「目的」について、ご本人・ご家族間で共有できていますか？	<input type="checkbox"/> 共有できている	<input type="checkbox"/> 現在は共有できていない	話し合いにより			<input type="checkbox"/> 共有できそう

○ご家族(主介護者)が、現在日常的に行われている介護内容について、該当する項目全てにチェック(☑)を入れて下さい。  
 ※現在入院または施設利用中の場合、「入院(入所)以前にご家族が行われていた介護」についてチェックを入れて下さい。

② 現在の介護状況	<input type="checkbox"/> 医療的な処置	<input type="checkbox"/> 起き上がり・立ち座り・乗り移り	<input type="checkbox"/> 歩行/移動(見守り・介助など)
	<input type="checkbox"/> 食事の準備	<input type="checkbox"/> 食事の介助	<input type="checkbox"/> トイレ介助/パッド交換
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 歯磨き	<input type="checkbox"/> 整容
	<input type="checkbox"/> 着替えの準備	<input type="checkbox"/> 着替え動作の介助	<input type="checkbox"/> 趣味や習慣ごとの声かけ
	<input type="checkbox"/> 金銭管理/服薬管理	<input type="checkbox"/> 行動の管理(日常生活の声かけ)	<input type="checkbox"/> 外出(通院を含む)
	<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 遠方の為、介護自体ができない状況にある

○ご家族(主介護者)が、施設利用後も継続できそうな介護内容について、該当する項目全てにチェック(☑)を入れて下さい。  
 (お申込み時点での見込みで構いません)

③ 今後、継続可能な介護内容	<input type="checkbox"/> 医療的な処置	<input type="checkbox"/> 起き上がり・立ち座り・乗り移り	<input type="checkbox"/> 歩行/移動(見守り・介助など)
	<input type="checkbox"/> 食事の準備	<input type="checkbox"/> 食事の介助	<input type="checkbox"/> トイレ介助/パッド交換
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 歯磨き	<input type="checkbox"/> 整容
	<input type="checkbox"/> 着替えの準備・用意	<input type="checkbox"/> 着替え動作の介助	<input type="checkbox"/> 趣味や習慣ごとの声かけ
	<input type="checkbox"/> 金銭管理/服薬管理	<input type="checkbox"/> 行動の管理(日常生活の声かけ)	<input type="checkbox"/> 外出(通院を含む)
	<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 遠方の為、今後も介護自体ができない状況と思われる

○今後、当施設の入所利用を通じて、改善を希望されることについて、具体的にご記入ください。  
 ○優先順位をつけて、1から順番にご記入ください。

④ 改善を希望されること	ご本人自身が改善を望まれていること	ご家族が改善を望まれていること
	1	1
	2	2
	3	3

⑤ ご自宅の構造	
※在宅復帰に向けて、ご自宅の構造上の課題や困っていることについて、ご記入ください。 (例:「玄関先に10段の階段がある」「廊下が狭くて、車椅子が使えない」「トイレがせまい」など)	

ご記入ありがとうございました

介護老人保健施設「せんだんの丘」長期入所・短期入所(ショートステイ)利用申込書

記入日: 2024 年 4 月 1 日

入所希望者	フリガナ	センダン タロウ	性別	生年月日	
	氏名	せんだん 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭	●年 ●月 ●日 (●●歳)
	住所	〒983-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目126-51 せんだんマンション101	電話	自宅	○○○ (◆◆◆) □□□□ FAX: 有り <input checked="" type="radio"/> 無し / 留守電: 有り 無し 携帯 ( )

連絡窓口①	フリガナ	センダン ハルコ	性別	年齢	続柄
	氏名	せんだん 春子	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	○○ 歳	妻
	住所	〒 同上	電話	自宅	○○○ (◆◆◆) □□□□ 携帯 ○○○ (●●●●) ○○○○
勤務先	無し				※お勤めされていない方は、「無し」でご記入下さい。

連絡窓口②	フリガナ	センダン イチロウ	性別	年齢	続柄
	氏名	せんだん 一郎	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	○○ 歳	長男
	住所	〒981-8522 仙台市青葉区国見1-8-1	電話	自宅	○○○ (▲▲▲) ○○○○ 携帯 ○○○ (●●●●) ○○○○
勤務先	株式会社●●◆◆支店				※お勤めされていない方は、「無し」でご記入下さい。

家族構成 ※入所希望者の配偶者・子	氏名	年齢	続柄	職業	同居の有無
	せんだん 春子	○○	妻	無し	<input checked="" type="radio"/> 同居 / <input type="radio"/> 別居
	せんだん 一郎	○○	長男	会社員	同居 / <input checked="" type="radio"/> 別居
	せんだん 良子	○○	長男嫁	パート勤務	同居 / <input checked="" type="radio"/> 別居
	ふくしま 和子	○○	長女	自営業	同居 / <input checked="" type="radio"/> 別居

介護保険	介護度	申請中	要支援 1	要支援 2	<input checked="" type="radio"/> 要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区分変更中
	介護保険負担割合	<input checked="" type="radio"/> 1割負担		2割負担		3割負担			確認中	
	負担限度額認定 ※1割負担の方のみ	無し	未確認	<input checked="" type="radio"/> 申請中	有り	第1段階	第2段階	第3段階		

利用希望内容	希望部屋	<input type="checkbox"/> 一般棟 個室	<input type="checkbox"/> 一般棟 2人部屋	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症専門棟 個室	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症専門棟 多床室	<input type="checkbox"/> どこでもよい
	今後の方向性	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅生活の再開 (一人暮らし・ <input checked="" type="radio"/> 家族と同居)				
		<input type="checkbox"/> 上記以外の場所 (施設など)				
<input type="checkbox"/> まだ分からない / 検討中						

他科受診	入所中およびショートステイ利用中ともに、原則的に他科受診できないことをご理解いただけましたか?					
	<input checked="" type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> もう少し説明が欲しい	<input type="checkbox"/> 仕組みの理解が難しい			
	現時点で予約受診の予定がありますか?					
<input type="checkbox"/> 無し		<input checked="" type="checkbox"/> 有り	日時	◆月◆◆日◆時	医療機関名	○○病院 □□科

※1. 該当する項目全てに、チェック(☑)を入れて下さい。(複数回答も可)

※2. お申込みに関しては、本用紙「利用申込書」の他に、下記の書類の提出が必要になります。

「診断書」(かかりつけ医または入院中の病院にて、作成して頂きます)「生活歴シート」「誓約書(別世帯の連帯保証人の記入欄あり)」

※3. 裏面の「ご意向確認用紙」のご記入も、お願い致します(必須事項)

# 【ご意向確認用紙】 記入例

記入日: 2024 年 4 月 1 日

① 入所希望理由	ご本人		ご家族			
	転んで骨折して歩けなくなってしまった。 リハビリをして、また歩けるようになりたい。 早く自分の家に帰りたいです。		入院してから、1人で歩く事が出来なくなった。 自宅に戻って生活するには、1人でトイレまで行けるようになりたい。 それが難しい場合には、グループホームへ入る事も検討している。			
	※ご本人が回答困難な場合は空欄でも可 上記の「理由」や「目的」について、ご本人・ご家族間で共有できていますか？		<input type="checkbox"/> 共有できている	<input checked="" type="checkbox"/> 現在は共有できていない	話し合いにより	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 共有できそう	<input type="checkbox"/> 共有が難しい

○ご家族(主介護者)が、現在日常的に行われている介護内容について、該当する項目全てにチェック(☑)を入れて下さい。  
 ※現在入院または施設利用中の場合、「入院(入所)以前にご家族が行われていた介護」についてチェックを入れて下さい。

② 現在の介護状況	<input type="checkbox"/>	医療的な処置	<input type="checkbox"/>	起き上がり・立ち座り・乗り移り	<input type="checkbox"/>	歩行/移動(見守り・介助など)
	<input checked="" type="checkbox"/>	食事の準備	<input type="checkbox"/>	食事の介助	<input type="checkbox"/>	トイレ介助/パッド交換
	<input type="checkbox"/>	入浴	<input type="checkbox"/>	歯磨き	<input type="checkbox"/>	整容
	<input checked="" type="checkbox"/>	着替えの準備	<input type="checkbox"/>	着替え動作の手伝い	<input type="checkbox"/>	趣味や習慣ごとの声かけ
	<input checked="" type="checkbox"/>	金銭管理/服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/>	行動の管理(日常生活の声かけ)	<input checked="" type="checkbox"/>	外出(通院を含む)
	<input type="checkbox"/>	その他( )			<input type="checkbox"/>	遠方の為、介護自体ができない状況にある

○ご家族(主介護者)が、施設利用後も継続できそうな介護内容について、該当する項目全てにチェック(☑)を入れて下さい。  
 (お申込み時点での見込みで構いません)

③ 今後、継続可能な介護内容	<input type="checkbox"/>	医療的な処置	<input checked="" type="checkbox"/>	起き上がり・立ち座り・乗り移り	<input type="checkbox"/>	歩行/移動(見守り・介助など)
	<input checked="" type="checkbox"/>	食事の準備	<input type="checkbox"/>	食事の介助	<input type="checkbox"/>	トイレ介助/パッド交換
	<input type="checkbox"/>	入浴	<input type="checkbox"/>	歯磨き	<input type="checkbox"/>	整容
	<input checked="" type="checkbox"/>	着替えの準備	<input type="checkbox"/>	着替え動作の手伝い	<input type="checkbox"/>	趣味や習慣ごとの声かけ
	<input checked="" type="checkbox"/>	金銭管理/服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/>	行動の管理(日常生活の声かけ)	<input checked="" type="checkbox"/>	外出(通院を含む)
	<input type="checkbox"/>	その他( )			<input type="checkbox"/>	遠方の為、今後も介護自体ができない状況と思われる

○今後、当施設の入所利用を通じて、改善を希望されることについて、具体的にご記入ください。  
 ○優先順位をつけて、1から順番にご記入ください。

④ 改善を希望されること	ご本人自身が改善を望まれていること		ご家族が改善を望まれていること	
	1	歩けるようになりたい。	1	1人で歩いて、家の中を移動してもらいたい。
	2	トイレで用を足したい。	2	トイレまで1人で移動してもらいたい(杖・伝い歩き)。
	3	家の花に、水やりがまた出来るようになりたい。	3	生活リズムを整えて過ごしてもらいたい。

⑤ ご自宅の構造	
	※在宅復帰に向けて、ご自宅の構造上の課題や困っていることについて、ご記入ください。 (例:「玄関先に10段の階段がある」「廊下が狭くて、車椅子が使えない」「トイレがせまい」など)

ご記入ありがとうございました