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: フリガナ

入 所	氏名						男	· 女	明 ・ ラ 年	大 · 月	昭 日 (歳)
入所希望者	住 所	干					電話		FAX: 有り	(無し /	/ 留守電) 這 : 有	り無し
								携帯		()	
	フリガナ						性	別	年	齢		続	柄
連絡窓口①	氏 名			印			男	· 女			歳		
	住所	干					電話	自宅		(·)	
	正 //	※同居の場合 「同上」で可						携帯		()	
	勤務先	※お勤めされてない方の場合は 「無し」でご記入下さい											
	フリガナ						性 別		年 齢		続 柄		
連絡	氏名				印			男・女		歳			
窓	住所	〒						自宅		()	
2						居の場合 こ」で可	電話	携帯		()	
	勤務先									*	※お勤めされ 「無	てない [し]でこ	方の場合は、 ご記入下さい。
		氏名				年齢			職業		同	同居の有無	
	家族									同居	/	別居	
7	構成										同居	/	別居
	所希望者 2偶者·子										同居	/	別居
											同居	/	別居
介	介護度		申請中	要支援	要支援	爰 要介 1	護 男	F介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区	分変更中
護保	介護保険負担割合			1割負担		2割負			3割負担			;	確認中
険	負担限度額認定 ※1割負担の方のみ		無し	未確認	思 申請中 有り		第1段階		第2段階		第	3段階	
利	希]	望部屋		一般棟		股棟 [認	知症専門 個室	月棟 □	認知症専門 多床室		ど、	こでもよい
用希望内容	今後の方向性		□ 個室 □ 2人部屋 □ 個室 □ 多床室 □ ここでもない。□ 自宅生活の再開 (一人暮らし ・ 家族と同居)										
			□ 上記以外の場所(施設など)										
			□ まだ分からない / 検討中										
他科	入所中は	およびショー	トステイ和	川用中ともに	に、原見	則的に他	1科受	診でき	ないことを	ご理解レ	へただける	ました	か?
	□ 理解した			□ もう少し説明が欲しい □ 仕組みの理解が難						維しい			
受診	現時点で	時点で予約受診の予定がありますか?											
診	□ 無し □ 有り 日時							医療標	幾関名				

※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。 「<u>診断書</u>」(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)「<u>生活歴シート</u>」「<u>響約書(別世帯の連帯保証人の記入欄あり)</u>」 ※3. 裏面の「<u>ご意向確認用紙」</u>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。

		ご本人		ご家族						
①入所希望理由	いて、)「理由」や「目的」につ ご本人・ご家族間で共 □ ∮	難な場合は、空欄でも可 共有できている	現在は共有できていない・		= 詰し合いにより 共有が				
	有でき	ていますか?		711 (5 (1 %))		できそう 二 難しい				
○ご家 ※現在	族(主)	ク(☑)を入れて下さい。 ェックを入れて下さい。								
		医療的な処置	□ 起き上がり・	立ち座り・乗り移り		歩行/移動(見守り・介助など)				
② 現		食事の準備	□ 食事	事の介助		トイレ介助/パッド交換				
在の・		入浴		歯磨き		整容				
介護		着替えの準備	□ 着替え	動作の介助] 趣味や習慣ごとの声がけ				
状況		金銭管理/服薬管理	□ 行動の管理(日	日常生活の声がけ)		外出(通院を含む)				
νu		その他()		遠方の為、介護自体ができない 状況にある				
		E介護者)が、施設利用後も継続で 点での見込みで構いません)	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。				
③ 今		医療的な処置	□ 起き上がり・1	立ち座り・乗り移り		歩行/移動(見守り・介助など)				
後、		食事の準備	□ 食事の介助			トイレ介助/パッド交換				
継続		入浴	□ 歯磨き			整容				
可能な		着替えの準備・用意	□ 着替え動作の介助			□ 趣味や習慣ごとの声がけ				
介護		金銭管理/服薬管理	□ 行動の管理(日常生活の声がけ)			外出(通院を含む)				
内容		その他()		遠方の為、今後も介護自体ができ ない状況と思われる				
〇 今	後、当	が施設の入所利用を通じて、改 とつけて、1から順番にご記入く	善を希望されることにつ	いて、具体的にご記	入くた	ごさい。				
○ 傻	: 先順る	善を望まれていること								
善を希	1			1						
::望 さ れ	2			2						
ること	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段の際段がある、「廊下が強くて、直換子が使うない」「トイレがせまい」など)									

ご記入ありがとうございました

									八日:	2024	午 4	月1日	
入所希望者	フリガナ	センダン タロウ				小	主 別	нп	生		日		
	氏 名	4	けんだ	3	男) ・女	明・	大 ・(日日	(●● 歳)			
		〒983-3201 仙台市青葉区国見ケ丘6丁目126-51 せんだんマンション101						_ 自宅	00) OC	• • •) 🗆 🗆 🗆	
	住 所						電記	古	FAX:	有り無し	/ 留守電	ごすり 無し	
								携帯		()	
連絡窓	フリガナ	センダン ハルコ					中	主 別		年 齢		続 柄	
	氏 名	*	しだん	/ 春-	子	(FI] 男	· (女)		00	歳	妻	
	住 所	Ŧ	同上 ※同				- 電話	自宅	0	00 (***)		
П (1)	L /							携帯	0	00 () 0000	
	勤務先		無し					•				ιてない方の場合は、 ₹し」でご記入下さい。	
	フリガナ	ナ センダン イチロウ					小	主 別		年 齢		続 柄	
連	氏 名	せんだん 一郎				(FI] (男) ・女		00	歳	長男	
絡窓	A =r	〒981−8522	2 『葉区国見1-8-1			※同居の場合 「同上」で可	<i>=</i>	自宅	C	000 (A A A)	0000	
П (2)	住所	仙台市青					1 電話	携帯	0	00 () 0000	
Ū	勤務先	株式会社●● ◇<						店				ιてない方の場合は、 €し」でご記入下さい。	
			氏名			年齢	;	続柄		職業		同居の有無	
5	家族	せん			00		妻		無し		同居 / 別居		
	構成	せんだん 一郎				00	;	長男	4	会社員	同居	/ 別居	
	所希望者 偶者・子	せんだん 良子				00	長	長男嫁		パート勤務		/ 別居	
		ふく	くしま 和子			00		長女	自営業		同居	/ 別居	
介	介	護度	申請中	要支援 1		支援 要	介護	要介護	要介記	護 要介護 4	要介護	区分変更中	
護保	介護保険負担割合		1割負担)		2割負	担	3割負担		- 担	確認中	
険	負担限度額認定 ※1割負担の方のみ		無し	未確認申記		清中 有	有り 負		比 首	第2段階		第3段階	
利用希望内容	希望	望部屋		般棟 固室		一般棟 2人部屋		認知症専門 個室	門棟	図知症専 多床室		どこでもよい	
			☑ 自宅生活の再開 (一人暮らし ・ 家族と同居)										
	今後の方向性		□ 上記以外の場所 (施設など)										
			□ 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?												
		✓ 理解した □ もう少し説明											
		見時点で予約受診の予定がありますか?								1-1-4/	,		
	-	無し ☑ 有り 日時 ◆月◆◆日					∃◆時	医療机	幾関名	0	○病院	□□科	
V1 =4	ツナッボロ	A	·/□\ → 1]	~ T \$1 \ /4E	· **	kku <u>u</u> r)							
※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

				N == 1/.						
①入所希望理	転んで骨折して歩けなくな リハビリをして、また歩ける。 早く自分の家に帰りたいで	ってしまった。 ようになりたい。	ご家族							
由	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?	」 共有できている		話し合いにより 共有						
○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、「 <u>入院(入所)以前にご家族が行われていた介護</u> 」についてチェックを入れて下さい。										
	□ 医療的な処置	□ 起き上が	り・立ち座り・乗り移り	□ 歩行/移動(見守り・介助など)						
2 現	☑ 食事の準備		食事の介助	□ トイレ介助/パッド交換						
在の	□ 入浴		歯磨き	□ 整容						
介護	☑ 着替えの準備	□ 着替	え動作の手伝い	□ 趣味や習慣ごとの声がけ						
状況	☑ 金銭管理/服薬管	管理 ☑ 行動の管理	里(日常生活の声がけ)	✓ 外出(通院を含む)						
174	□ その他(•)	□ 遠方の為、介護自体ができない 状況にある						
	家族(主介護者)が、施設利用後も 込み時点での見込みで構いません		ついて、該当する項目全て	にチェック(☑)を入れて下さい。						
③ 今	□ 医療的な処置	☑ 起き上が	り・立ち座り・乗り移り	□ 歩行/移動(見守り・介助など)						
後、	☑ 食事の準備		食事の介助	□ トイレ介助/パッド交換						
継続可	□ 入浴		歯磨き	□ 整容						
能な	☑ 着替えの準備	□ 着替.	え動作の手伝い	□ 趣味や習慣ごとの声がけ						
介護	☑ 金銭管理/服薬管	管理 ☑ 行動の管理	里(日常生活の声がけ)	☑ 外出(通院を含む)						
内容	□ その他()	□ 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 憂先順をつけて、1から順番にご		について、具体的にご記	入ください。						
④ 改	ご本人自身が改善		ご家族だ	ご家族が改善を望まれていること						
善を希	1 歩けるようになりたい。		1 1人で歩いて、家	1 1人で歩いて、家の中を移動してもらいたい。						
望され	2 トイレで用を足したい。		2 トイレまで1人で	2 トイレまで1人で移動してもらいたい(杖・伝い歩き)。						
る こ と	3 家の花に、水やりがまた出	来るようになりたい。	3 生活リズムを整っ	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、ご自宅の村 (例:「玄関先に10段の階段がある	構造上の課題や困っているこ な「「魔下が強ノア・事体フィン	ことについて、ご記入ください 体っ されい 「ト ク・ベ・ギャ・・・)。 たみい)						