

(予防介護) 短期入所生活介護 (新規) 利用申込書

特別養護老人ホーム 万葉苑わくや 施設長殿 (予防介護) 短期入所生活介護の利用を希望するので、下記のとおり申込みます

申込年月日	年 月 日	受付番号	(施設使用欄)
-------	-------	------	---------

ご利用者様

フリガナ		男・女	M・T・S
利用者名			年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話番号	() -
介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類()		
	障害名 種 級		

ご家族連絡先

フリガナ		本人との続柄	
氏 名			
住 所	〒 -		
電話番号	() -	携帯	- -

担当居宅介護支援事業所

事業所名称		担当ケアマネジャー	
電話番号 FAX	電話番号 () -	FAX () -	

希望内容

希望日	平成 年	①	月 日	~	月 日			
		②	月 日	~	月 日			
送迎	迎	施設・家族	:	頃	送	施設・家族	:	頃
送迎手段	独歩 車イス リクライニング ストレッチャー							
申込理由								

施設記入	担当者名		職種	生活相談員 ・ 介護支援専門員 ・ その他 ()
	備考			

【特別養護老人ホーム万葉苑わくや（予防介護）短期入所生活介護 申込添付書類】

個別状況確認書

★この書類は、利用時における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入ください

★不明な点は、入院、入居先の病院・施設及び担当ケアマネジャーに聞き、ご記入ください

【記入年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【記入者氏名】 _____ 【続柄】 _____

フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
利用希望者氏名			年 月 日 (歳)
利用希望者住所	〒 _____		

【本人の状況】

項 目	状況 ※該当する内容に○をしてください	現状の介護内容
視 力	普通 見えにくい 見えない	
聴 力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩 行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移 動	歩行 杖 歩行器 車イス	
食 事	自立 一部介助 全介助	
嚥 下	問題なし やや困難 困難	
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	
排泄場所	トイレ ポータブルトイレ ベット	
排泄介助	不要 一部介助 全介助	

尿意	無 ・ 有	便意	無 ・ 有	便秘	無 ・ 有	※便秘時の対応方法
認知症	無 ・ 有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入ください				
医療状況	特別な医療的対応 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()					
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
主治医	【医療機関名】			【担当医師】		
現病名	【疾病名】		【発症年】		※現病に関する特記事項	
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
		昭・平	年			
既往歴	【疾病名】		【発症年】		※疾病に関する特記事項	
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
		昭・平	年			

【家族連絡先（1番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話		携帯電話	

【家族連絡先（2番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話		携帯電話	

【その他、施設への伝達事項】

特別養護老人ホーム 万葉苑わくや (予防介護) 短期入所生活介護 (新規)
利用申込書記載について

- 「申込年月日」 : 施設に利用申込書を提出した年月日をご記入ください。
- 「受付番号」 : 申込書受け取り後、施設職員が記入します。

《ご利用者》

- 「利用者名」「性別」 : 利用される方の氏名・性別をご記入ください。
- 「生年月日」 : 利用される方の生年月日をご記入ください。
- 「住所」「電話番号」 : 利用される方の住所・電話番号をご記入ください。
- 「介護認定」 : 要介護認定更新・変更中の方については、どちらかに○をつけてください。介護認定が済んでいる方については、済に○をつけてください。
- 被保険者番号 : 介護保険被保険者証をご確認の上、ご記入ください。
- 「要介護度」 : 認定を受けた要介護度を介護保険被保険者証をご確認の上、ご記入ください。
- 「認定有効期間」 : 介護保険被保険者証をご確認の上、ご記入ください。
- 「障害手帳等」 : 身体障害者手帳・精神障害者手帳・療育手帳等をお持ちの方は有り☑ (チェック)をし、手帳の種類や内容についてご記入ください。

《ご家族連絡先》

- 「氏名」「本人との続柄」 : ご家族連絡者の氏名、ご利用希望者からみでの続柄をご記入ください。
- 「住所」「電話番号」「携帯」 : ご家族連絡者の住所、電話番号、携帯番号をご記入ください。

《担当居宅介護支援事業所》

- 「事業所名称」 : 現在担当されているケアマネジャーの事業所名をご記入ください。
- 「担当ケアマネジャー」 : 現在担当されているケアマネジャーの担当者名をご記入ください。
- 「電話番号」「FAX」 : 現在担当されているケアマネジャーの事業所の電話番号、FAX番号をご記入ください。

《希望内容》

- 「希望日」 : 利用希望期間をご記入ください。
- 「送迎」 : 迎え、送りの送迎について、家族・施設なのか該当する項目を○で囲み、送迎時間についてご記入ください。
- 「送迎手段」 : 送迎時の手段についても該当する項目を○で囲んでください。
- 「申込理由」 : ご利用を希望される理由をご記入ください。

申込には、「申込書」「個別状況確認書」「介護保険被保険者証(写)」が必要となります。

必要書類提出時は、開設準備室へ事前にご連絡して頂き、その後郵送または持参のうえ提出をお願いします。

提出・郵送先はこちら

特別養護老人ホーム 万葉苑わくや 開設準備室

宮城県石巻市北村字下田三42番地 特別養護老人ホーム 万葉苑内

TEL 0225-73-5211

FAX 0225-73-5212

ご不明な点は電話にてご相談ください