

# 短期入所申込書

医療法人 泰一会  
介護老人保健施設 みかじま 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒	性別	男 ・ 女
			電話	( )
申込者	ふりがな 氏名	印	続柄	
	住所	〒	電話	( )
			携帯	( )
			fax	( )
連絡先① *申込者と同じ場合は未記入	氏名	続柄 ( )	電話	
連絡先②	氏名	続柄 ( )	電話	
介護保険	要支援 ( 1 ・ 2 ) / 要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
介護保険 負担限度額証	<input type="checkbox"/> 有 ( 段階 ) <input type="checkbox"/> 無			
介護保険 負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割			
利用される理由				
今後の利用予定	<input type="checkbox"/> 定期的に利用したい <input type="checkbox"/> 希望がある時にだけ利用したい <input type="checkbox"/> 利用は今回限りで考えていない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
移動時の希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 車椅子使用 ( ご自分用 / 施設貸し出し ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 ( ご自分用 / 施設貸し出し ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
かかりつけ医療機関:				
担当ケアマネージャー:	所属事業所:			

# 診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所 （いずれかに○印をつけてください）										
氏名						性別	男 ・ 女			
生年月日	年	月	日	年齢	歳					
病名						処方				
既往歴										
経過										
認知症	無 ・ 有	中核症状・周辺症状								
検査実施日 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白( )	糖( )	潜血( )	MRSA	( + ・ - ) 部位:					
WBC		TP		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL		
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪		
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu		
肺炎球菌ワクチン接種(未・済・不明)								必要時HbA1C		
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。										
年 月 日										
医療法人					所在地					
					電話					
					名称					
					医師氏名					

## 短期入所療養介護のご利用案内

短期入所療養介護（ショートステイ）とは、介護老人保健施設に短期間入所するサービスです。医学的な支援のもと、看護、介護、リハビリの専門スタッフが、日常生活のお世話を、心を込めて行います。療養生活の質の向上及び、普段介護しておられる家族の方々の、身体的・精神的負担の軽減を目的としています。

短期入所療養介護をご利用される皆様に、誤解や戸惑いのないように下記についてご配慮くださいますようお願い致します。

### (1)対象者

65歳以上の方で、要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方。

2号被保険者（40歳以上65歳未満）の方で、要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方。

### (2)お申し込み方法

担当ケアマネージャーさんにご依頼下さい。ご予約は2ヶ月前より承っております。

（要介護認定により決定された日数分、利用可能です。）

### (3)入所時間(原則)

**入所 10:00 前後(施設出発時間)**

**退所 早便希望 14:00 前後／遅便希望 17:30～18:00(ご自宅到着時間)**

- \* 退所の時間については早便・遅便の希望を相談員までお知らせください。
- \* 上記時間以外希望の方はご相談ください。
- \* 日曜日・年末年始の送迎は行なっておりません。
- \* 道路状況により時間の前後がございます。
- \* 家族送迎の方も上記時間を目安にお願い致します。

### (4)ショートステイ連絡表について

初回ご利用時にファイルを当施設にてご用意させていただきます。毎回、ショートステイごとに、利用中のご様子を記録した連絡表をファイルに入れますので、忘れずにお持ち下さい。また、ご家族記入欄がありますのでご要望・連絡事項等ございましたらご記入ください。

☆入所当日はご本人様も緊張し不安な気持ちかと思えます。初回利用の際はできるだけご家族様の入所時の付き添い、もしくはご面会をお願い致します。

☆持ち物については裏面をご参照ください。

## 短期入所時にご用意いただくもの

品名	備考
ショートステイ 連絡表	ご家族記入欄をご記入の上、お持ち下さい。
内服薬	ご利用の日数に応じた分をご用意ください。朝・昼・夕・就寝前と1回分ずつひとまとめにしておいてください。
お薬の内容説明書 (お薬手帳でも可)	現在服用されているお薬が記載されているかご確認ください。コピーでも構いません。
普段着	宿泊日数分より少し多めにご用意ください。
パジャマ	宿泊日数分より少し多めにご用意ください。
肌着	宿泊日数分より少し多めにご用意ください。
<p>☆ 入浴の際に更衣していただきます。入浴回数は2～3日に1回で、1週間に2回が目安になります(更衣を毎日ご希望の際はお伝えください。)</p> <p>☆ 衣類が汚れた場合、施設で洗濯させていただく場合もございますので、できるだけ色あせや縮みなどしにくい衣類をご持参いただくようお願い致します。</p>	
靴下	ご利用の日数に応じた枚数をご用意ください
靴	室内靴で履きなれたもの
洗面用具	歯ブラシ、歯磨き粉、コップ、クシなど
義歯洗浄剤	義歯を使用されている方。ケースもご用意下さい
電気カミソリ	男性の方
その他	テレビ・ラジオ・電気毛布など、必要な方 (別途電気代がかかりますのでご確認ください)
	ひざかけ・帽子・眼鏡・時計など、必要な方
☆小物類にも必ずご記名をお願い致します。	

- \* その他必要な物品などは適宜ご案内させていただきます。
- \* オムツ類は施設のものを使用させていただくので、必要ございません。ただし、長年愛用のメーカー等お肌にあったオムツをご利用の方は、慣れないオムツでの肌トラブルを避けるため、ご持参いただくことをお勧め致します。
- \* タオル類は施設リースのものを使用させていただくので、必要ございません
- \* 高額の金銭や紛失の危険性のある貴金属・貴重品のお持込に関しては、紛失等の責任は一切負いかねますので、ご持参いただく場合は予めご了承ください。
- \* 利用者様の状態に応じて、私物を施設管理とさせていただく場合がございます。