

コスモス苑さとづかショートステイ利用申込書（初回利用時のみ）

申し込み日：令和 年 月 日

コスモス苑さとづかショートステイを利用したいので下記の通り申し込みします。

申込み者 ⇒ 今後郵送物や電話連絡が出来る方をお書き下さい。

記載例 ※ □の欄はチェック（✓）を記入して下さい。

フリガナ		サイセイ タロウ		続 柄		長 男	
申込み者氏名		彩世 太郎					
住 所	〒〇〇〇〇—〇〇〇〇			電 話	自 宅 〇 1 1—〇〇〇—〇〇〇〇		
	札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号				携 帯 〇 9 0—〇〇〇〇—〇〇〇〇 その他 〇 1 1—〇〇〇—〇〇〇〇		
短期入所利用希望者の状況	フリガナ	サイセイ エンタロウ		性 別	生 年 月 日		
	入居希望者氏名	彩世 苑太郎		☒ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☒ 大正 ☐ 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日（〇〇歳）		
	住 所	〒〇〇〇〇—〇〇〇〇 札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号			電話 〇 1 1（〇〇〇） 〇〇〇〇		
	短期入所利用中の緊急連絡先（申込者と同じ場合は記入しなくても良いです）						
	氏 名： 彩 世 花 子				続柄： 長 女		
	住 所： 札幌市〇〇区〇〇〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号						
	電話番号： 〇 1 1—〇〇〇—〇〇〇〇 携帯番号： 〇 9 0—〇〇〇〇—〇〇〇〇						
	利 用 希 望 日 時						送迎希望
	1・令和〇〇年〇月〇〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ ☒ 昼食 ☐ おやつ ☐ 夕食）から 令和〇〇年〇月〇〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ ☐ 朝食 ☐ 昼食 ☒ おやつ ☐ 夕食）まで 2・令和〇〇年〇月〇〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ ☒ 昼食 ☐ おやつ ☐ 夕食）から 令和〇〇年〇月〇〇日（〇） 〇〇時〇〇分頃（ ☐ 朝食 ☐ 昼食 ☒ おやつ ☐ 夕食）まで						☒ 希望する ☐ 希望しない
	保 険 情 報	介護保険番号	要 支 援 要介護度	認定有効期間		介護保険負担限度額認定証の有無	
5 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		3	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで		☒ 有る ☐ 無い		
介護保険料の段階区分				身体障害者手帳受給の有無			
☐ 第5段階以上 ☐ 第4段階 ☐ 第3段階 ☒ 第2段階 ☐ 第1段階				☐ 有る ☐ 無い			
状 況	主たる介護者	☒ 居る ☐ 居ない	主たる介護者氏名	彩世 太郎		本人との関係	長 男
	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日			性 別	☒ 男 ☐ 女	
	在宅サービスの状況	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☒ デイサービス ☐ デイケア ☐ 訪問診療 ☐ 他の施設の短期入所 ☐ その他 ☐ サービスは利用していない					
短期入所利用状況		☐ 短期入所を利用した事が有る ☒ 短期入居を利用するのは初めて					
申込み理由 ※必ずご記入して下さい		☐ 介護疲れの為 ☒ 介護者不在の為（ ☐ 旅行 ☐ 入院 ☒ 冠婚葬祭 ☐ その他） ☐ その他：					

入居希望者の状況	医療行為の状況	【現在病名・治療中の内容と特記事項】 高血圧・脳梗塞後遺症・糖尿病・両膝変形性関節痛・白内障 【過去に入院や手術などの経緯があればご記入下さい】 昭和〇〇年〇〇～脳梗塞・平成〇〇年〇〇月～右膝人工関節手術・平成〇〇年〇月～左目白内障手術 □経管栄養 □胃ろう □在宅酸素 □インスリン注射 □吸引 □その他特別な医療行為 ： □有り ☒無し かかりつけ医療機関名 ⇒ 〇〇〇病院（内科）・〇〇病院（整形）・〇〇〇病院（眼科） 受 診 頻 度 ⇒ ☒ 1ヶ月に1回程度 / □週に1回程度 / □その他															
	歩行状況	食事状況	排泄状況	入浴状況	身長・体重												
						身長・体重											
							起 床・就 寝										
								その他特記・注意点									
	言語	聴 力	視 力	身 長 〇〇〇 c m	体 重 〇〇 k g												
						起 床・就 寝											
							その他特記・注意点										
	問題なし	やや支障あり	補助具使用	困 難	その他：												
						問題なし			やや難聴	難聴	補聴器使用	その他：					
							問題なし						弱 視	全 盲	その他：		
								問題なし								弱 視	全 盲
問題なし																	

紹介者又は担当者名

居宅介護支援事業所名： 〇〇〇〇〇居宅介護支援事業所

介護支援専門員氏名 ： 〇 〇 〇 〇

連絡先電話番号 ： 0 1 1－〇〇〇－〇〇〇〇

※記入につきましては、自宅での生活に近づけたい為に出来る限り詳しくお書き下さい。