

老人短期入所施設利用申請書

令和 年 月 日

宇和島地区広域事務組合
老人短期入所施設
_____施設長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

下記事由により（介護予防）短期入所生活介護サービスの利用申請を致します。

(フリガナ)		保険者	※市町名						
利用者氏名		被保険者 番 号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				性別	男 ・ 女			
利用者住所	〒 _____								
介護者氏名					続柄				
介護者住所									
ケアプラン作成事業所名									
作 成 者					電話番号				
認定年月日	平成・令和 年 月 日				要介護状態区分等				
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日								
負担割合証	1割・2割・3割 (終了年月日 平成・令和 年 月 日まで)								
限度額認定証	有 (有効期限 平成・令和 年 月 日まで)・無・申請中・申請予定								
備 考									

- * 第1、第2様式及び居宅サービス計画書（1表、2表）も申請時に一緒にご提出下さい。
- * 再認定時には再提出（再申請）して下さい。
- * ご利用時毎に介護保険被保険者証をご提示下さい。

〔第1様式〕

◎ 主たる連絡先

フリガナ		続柄		年齢	歳
氏名					
自宅電話番号	— —	その他	— —		
住所	〒 —				
勤務先		勤務先Tel	— —		

※ 携帯電話等お持ちで差し支えないようでしたら、その他の欄へ番号をご記入下さい。

◎ その他の連絡先

氏名	続柄	年齢	自宅電話番号	その他の連絡先
			— —	— —
			— —	— —
			— —	— —
			— —	— —

◎ かかりつけの医療機関（主治医を上段に記入して下さい。）

医療機関名	医師氏名	電話番号
		— —
		— —
		— —

◎ その他

医療保険等の 加入状況	後期高齢 ・ 国保 ・ 協会健保 ・ 生活保護 ・ 原爆
	その他（ ）

本人の状況について

○傷病に関する意見

診断名 _____ 発症年月日 S・H・R 年 月 日頃

診断名 _____ 発症年月日 S・H・R 年 月 日頃

診断名 _____ 発症年月日 S・H・R 年 月 日頃

症状としての安定性 安定 不安定 不明

生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

○特別な医療

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

○心身の状態に関する意見

・日常生活の自立度等について

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

・認知症の中核症状

短期記憶 問題なし 問題あり

日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断出来ない

自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

・認知症の周辺症状

無 有

（有の場合） ➡ 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他（ ）

・その他の精神、神経症状

無 有（症状名： ）

（有の場合） ➡ 専門医受診の有無 有（ ） 無

・身体の状態

利き腕（右 左）身長 _____ cm 体重 _____ kg

過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少

- 四肢欠損 (部位:)
麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 (部位: 程度: 軽 中 重)
関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

○生活機能とサービスに関する意見

- ・現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針
 - 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり
 - 意欲低下 徘徊 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性
 - がん等による疼痛 その他 ()
 - 対処方法 ()
- ・感染症の有無 (有りの場合は、具体的に記入して下さい。)
- 無 有 () 不明

○主治医意見書の記入日 平成・令和 年 月 日 ○最終診察日 平成・令和 年 月 日

○身体状況

- 視力 普通に見える 弱視 全盲 判断不能 眼鏡使用
 聴力 普通に聞こえる 大声なら 難聴 判断不能 補聴器使用

○日常生活の状況

- 移動 自立 杖歩行 伝い歩き 手引き歩行 歩行器
車椅子 (運転自力 運転介助) 寝たきり その他 ()
 排泄場所等 トイレ ポータブルトイレ リハビリパンツ オムツ
 入浴 自立 一部介助 全介助 特浴 清拭
 着脱衣 自立 時間が掛かる 一部介助 全介助
 食事 自立 見守り 一部介助 全介助
 飲み込みの際詰めた事が 無 有 水分: 一度 再々 食物: 一度 再々
普通食 嚥下食 経管栄養 (経鼻 胃ろう)
 会話能力 可能 単語程度の発語 介助者からの声かけは分かる 無反応

○その他の特記事項

[]