短期入所療養介護利用申込書

社会医療法人　三車会　　年　　月　　日

介護老人保健施設　みくるま

フリガナ		性別	生年月日	
利用者		男・女	明治・大正・昭和　年　月　日(満　歳)	
現住所				
電話番号	自宅　(　)		携帯　(　)	
介護保険	無・有	要支援（ 1 ・ 2 ）	要介護 （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	
		認定期間（　年　月　日 ～ 年　月　日 ）		
障害手帳	無・有（　種　級）	特定疾患の認定	無 ・ 有	
		上記「有」の場合、重症度の認定	無 ・ 有	
生活保護	無・有	発行期日（　年　月　日 ）		
		有効期限（　年　月　日 ）		

フリガナ		続柄	電話番号	自宅　(　)
申込者				携帯　(　)

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号
①			
②			
③			

介護保険専門員	事業所名	電話番号　(　)
(ケアマネージャー)	氏名	FAX　(　)
かかりつけの医療機関	病院・医院　科　先生	
	定期受診　無 ・ 有	受診の間隔　回 / 週 ・ 月
服薬	無 ・ 有（ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 就寝前 ）	
アレルギー	無 ・ 有（　）	
主な病名		
医療処置	□無　□胃瘻・腸瘻　□経鼻経管栄養　□在宅酸素管理　□膀胱留置カテーテル □気管切開カニューレ　□人工呼吸器　□吸引　□透析　□インスリン注射 □褥瘡処置（部位：　）　□中心静脈栄養管理　□点滴投与	
利用希望日・部屋	（ 個室 ・ 多床室 ）	
現在利用中のサービス		
利用目的		
ワクチン接種	コロナウイルス （ 未 ・ 済 ）　回目　年　月　日	
	インフルエンザ （ 未 ・ 済 ）	

日常生活の状況について、あてはまるものに○で囲って必要事項をご記入ください。

食事	摂取	自立（箸・スプーン・フォーク） ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 全介助			
	主食	ご飯 ・ お粥 ・ 粥とろみ付 ・ おにぎり ・ ミキサー ・ ゼリー			
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ とろみ付 ・ ミキサー ・ ゼリー ・ ムース			
	制限食	無 ・ 有 （ 軟菜食 ・ 減塩食 ・ 糖尿食 ・ 腎臓食 ・ 脂質制限食）			
整容	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	介助項目	歯磨き ・ 髭剃り ・ 化粧 ・ 洗顔 ・ 整髪			
排泄		日中		夜間	
	動作	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助	
	使用器具	トイレ・Pトイレ・オムツ・導尿		トイレ・Pトイレ・オムツ・導尿	
	尿便意	無 ・ 有　　失禁　無 ・ 有（ ）			
更衣	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	介助項目	上衣 ・ ズボン ・ 靴下 ・ 靴 ・ 装具			
入浴	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	形態	浴槽 ・ シャワー浴 ・ 特浴			
移動	動作	室内（自立・見守り・一部介助・全介助）室外（自立・見守り・一部介助・全介助）			
	補助具	無 ・ 杖（ ）・歩行器（ ）・車椅子（自走・他走）			
基本動作	寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	座位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	立位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
コミュニケーション		認知症	無 ・ 有	会話	可 ・ 不明瞭 ・ 不可
		視力	普通・見えにくい（右・左）	聴力	普通・難聴（右・左）補聴器（無・有）
家事		調理 ・ 洗濯 ・ 掃除 ・ 買い物 ・ 服薬 電話 ・ 金銭管理 ・ 通院/通所 ・ 行っていない			
趣味					

※ 介護保険情報の写し及びお薬手帳又は薬剤情報のわかるものを添付ください。

※ 特別な医療行為や難病の診断を受けられている方は、別途『診療情報提供書』が必要です。

個人情報の取り扱いについて

1. ご記入いただいた個人情報は「短期入所療養介護」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
2. また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

令和 5 年 4 月 1 日　改訂

ご不明な点などございましたら、下記にお問い合わせ下さい。

〒640-0401　和歌山県紀の川市貴志川町丸栖 936-3　TEL：0736-64-2800　FAX：0736-64-2820
社会医療法人三車会　介護老人保健施設みくるま　短期入所療養介護　問い合わせ：辻本　坂本