

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

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				新型コロナ感染症 無 ・ 有			
検査実施日 令和 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。									
令和 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いきますので、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います。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
介護保険証	初回のみコピーをご提出ください。
介護保険負担限度額認定証	お持ちの方のみ。初回のみコピーをご提出ください。
身体障害者手帳	お持ちの方のみ。初回のみコピーをご提出ください。
後期高齢者医療受給者証	お持ちの方のみ。初回のみコピーをご提出ください。
健康保険証	お持ちの方のみ。初回のみコピーをご提出ください。
☆上記保険証類は有効期限がきれていないかどうかご確認ください。 また、更新されて新しくなった場合は、新しいもののコピーもご提出ください。	
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。
☆ 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。)	
☆ 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。	
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	ラジオ、携帯充電器、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いただくので、必要ございません
- * 高額な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きます場合があります

上記についてご不明点等ございましたら支援相談員までお問合せください。

*みかじま からのお願い、及び短期入所時リスクの説明書

介護老人保健施設 みかじま

入所者氏名 _____ 様 リスクマネジャー 古川 元太

利用者が快適な入所生活が送られるように、安全な環境作りに努めております。しかし、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状・要因・により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

[ご確認いただきましたら、□にチェックをお願いいたします]

- ☐ 歩行時の、または車椅子からの不意の立ち上がり行動による転倒等・骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 老人保健施設は、リハビリテーション施設であり、原則的に拘束は行わないことから転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚や血管はもろく、少しの摩擦や打撲で表皮剥離・皮下出血し易い状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の可能性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢であること、現病・脳や心臓疾患により体調が急変されることがあります。
- ☐ 各種感染症（新型コロナ・インフルエンザ）等への集団感染、及び重症化、死亡のリスクがあります。また感染拡大防止のために行動の制限をさせていただく場合があります。伴って二次的な廃用症候群による転倒、認知機能の低下のリスクがあります。
- ☐ 本人の全身状態が悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院に搬送を行うことがあります。
- ☐ ご利用者間でトラブルが発生する可能性があります。（暴言や暴力行為など）
- ☐ 物品紛失の可能性があります。（貴重品・金品はご遠慮ください）
- ☐ 専門的医療が必要な場合は、他医療機関の受診・転院の可能性があります。

これらのことは、自宅でも起こりうることです。当施設におきましては、当然のことながら入所者様の安全について、万全を期してまいります。何卒、入所者様ご本人、ご家族様のご理解賜りますようお願い申し上げます。

*専門的医療が必要で、定期的受診をなさる場合には、ご家族様での通院介助をお願いいたします。

説明者氏名 _____

上記項目、施設利用時のリスクについて説明担当者より説明を受け、十分理解し了承いたしました。

年 月 日 ご家族 _____ 印 （続柄 _____）