

施設利用申込用紙記入方法

●施設利用申込書

基本的に全ての項目にご記入をお願いいたします。介護保険証等の情報も忘れずにご記入願います。ご不明な所は未記入のままで結構です。

●診療情報提供書

現在入院中の方は担当されている医師に、在宅やショートステイをご利用中の方は主治医に記入していただけてください。

●身体情報提供書 〈現在のご本人の身体状態を把握するための用紙です〉

現在のご本人の状態を把握されている方に記入していただけてください(入院中の方は担当の看護師、在宅の方は家族または担当ケアマネ、ショートステイご利用の方は職員など)。

●個人情報同意書 〈個人情報の取り扱いについての同意書です〉

同意書のご利用者の欄にご本人のお名前を、ご利用者ご家族の欄にはご家族のお名前を記入してください。

印鑑はそれぞれのものをご捺印ください(名字が同じで、複数の印鑑がない場合のみ同じ印鑑で結構です)。印鑑は認印をお願いいたします。

個人情報利用目的の説明文はご一読ください。

●料金表

当施設の利用料金の一覧となります。参考にしてください。

●生活への意向・希望調査票

各種計画書作成時の参考とさせていただきます。

書類が揃いましたら事前に当施設の支援相談員まで電話にてご連絡をお願いします。申込みの日時を調整させていただきます。

【連絡先】

ユニット型介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

〒943-0864 上越市大字今泉字西蓮池 1310-5

TEL 025-522-8700 FAX 025-522-8701

担当：支援相談員 金井

施設利用申込書

ユニット型介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

申込日 令和 年 月 日

〒943-0864 上越市大字今泉字西蓮池 1310-5 ☎025-522-8700

区 分	1. 一般入所 2. ショートステイ					
利用 者	氏 名	フリガナ		男・女	明・大・昭 (歳) 年 月 日生	
	住 所	〒 TEL () -				
利用 者 状 況	病 歴					
	要介護 認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	保険者番号			
	認定年月日	平成・令和 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5 申請中(認定時期 月 日頃)		
	身障者手帳	無・有(種 級 障害名)		生活保護	無・有	
	限度額認定証	無・有(第 段階)		負担金助成	無・有	
連 絡 先	氏 名				性 別	続 柄
					男・女	
	住 所	〒 TEL () - (携帯 - -)				
	勤務先	TEL () - (携帯 - -)				
利用の 理由						
家族状況 (主たる介護者に○印)・・・同居家族を中心に介護に携わる方を優先に記入ください。						
氏 名		続柄	年齢	職 業	同別居	連絡先(住所・電話または携帯)
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
現在の 状況	☐ 入院中(病院名) ☐ 在宅 ☐ 施設入所(施設名) ☐ その他()					
居室 希望	☐ 個室(A B C) ☐ 4人部屋		利用希望日	令和 年 月 日		
退所後の生活(予定)	☐ 自宅で療養(主介護者: 続柄:) ☐ 福祉施設等への入所 申請中(申請先 年 月 日) ・ 未申請 ☐ 不 明 ☐ その他()					
居宅介護支援 事業所				担当介護支援 専門員		
※↓↓ ここからは、記入しないでください ↓↓※						
受付年月日	年 月 日	受付番号		サービス担当者会議	月 日	
担当者		情報提供票受理日	月 日	結 果	可 ・ 否	

診療情報提供書

ユニット型介護老人保健施設そよかぜ倶楽部、介護老人保健施設そよかぜ倶楽部 相澤 弘道 先生 御机下

氏名				男・女		M・T・S		年		月		日生	
住所													
既往及び現病歴	病名①	(年 月 日)											
	②	(年 月 日)											
	③	(年 月 日)											
	経過												
治療薬													
現在の状態	寝たきり度：	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
	認知度：	正常	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	IV	M	HDS-R	点		
一般状態	身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	脈拍	/min	整・不整			
	麻痺	有・無	(部位)										
	褥瘡	有・無	(部位)										
	疥癬等の皮膚疾患	有・無	(部位)										
	その他の留意すべき感染症の有無												
	有(具体的に)・無												
検査所見	RBC	$\times 10^4 / \mu l$	Hb	g/dl	WBC	$/ \mu l$							
	GOT	U/l	GPT	U/l	クレアチニン	mg/dl							
	血糖(随時／空腹)				mg/dl	Alb	g/dl						
	その他の検査値:												
	胸部X線 異常有(具体的に)・無					ECG 異常有(具体的に)・無							
ケア上の留意点／要望事項(リハビリ目標など)													

上記のとおり診断します

令和 年 月 日

病院名

醫師氏名

印

入所判定会議において参考としたい為、お手数をおかけしますがADL面の介護状況について
情報提供をお願い申し上げます。

ユニット型介護老人保健施設そよかぜ倶楽部、介護老人保健施設そよかぜ倶楽部

寝返り	自立・手すりが必要・一部介助・かなり介助・全介助／ベッド・畳		
起き上がり	自立・手すりが必要・一部介助・かなり介助・全介助		
座位保持	自立・手すりが必要・支えが必要・できない／椅子・車椅子・リクライニング		
立ち上がり	自立・手すりが必要・一部介助・かなり介助・全介助・していない		
立位保持	自立・手すりが必要・一部介助・かなり介助・全介助・していない		
移乗	自立・見守り・一部介助・かなり介助・全介助（一人介助・二人介助）		
移動方法	独歩・杖（1本・4点）・シルバーカー・歩行器・つたい歩き・いざり／車椅子（自操・介助）		
更衣	自立・見守り（声掛け）・一部介助（上着・ズボン）・全介助		
入浴形態	一般浴・家庭浴・チェアー浴・リフト浴・ストレッチャー浴		
食事摂取	自立・見守り・半介助・かなり介助・全介助・経管栄養／箸・スプーン		
食事量	普通・大盛り・小盛り・二回食／とろみ：無・有／ムセ：無・有（多少・頻回）		
食事形態	主：ごはん（おにぎり）・お粥・ペースト 副：ふつう・キザミ・極キザミ・ペースト・ミキサー		
食事制限	無・有（内容）		
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助／自歯：無・有／入れ歯：無・有：上（総・部分）・下（総・部分）		
排泄	尿意：有・不確か・無／便意：有・不確か・無／尿カテーテル／ストーマ		
場所（昼）	トイレ・尿器・ポータブルトイレ／布パンツ・紙パンツ・尿漏れパット・おむつ		
介助（昼）	自立・声がけ・誘導・一部介助（移乗動作・ズボンの上げ下げ）・全介助		
場所（夜）	トイレ・尿器・ポータブルトイレ／布パンツ・紙パンツ・尿漏れパット・おむつ		
介助（夜）	自立・声がけ・誘導・一部介助（移乗動作・ズボンの上げ下げ）・全介助		
麻痺	無・有（部位）		
拘縮	無・有（部位）		
床ずれ	無・有：部位（大きさ）		／エアマット：無・有
皮膚疾患	無・有（部位）		／かゆみ：無・有
視力	支障なし／【右・左】⇒見えにくい・やっとな見える・見えない		
聴力	支障なし／【右・左】⇒聞こえにくい・やっとな聞こえる・聞こえない		
言語	支障なし・伝えづらい・伝えられない・失語症／ 筆談		
意思疎通	支障なし・だいたいできる・なんとかできる・困難／ 筆談		
日常の問題点：無・有（帰宅要求・徘徊・昼夜逆転・幻視幻聴・声だし・介護抵抗・暴力）			
具体的状況：			
その他：			

ご利用者名 _____ 様 / 現在の状況： _____ にて
記入日：R 年 月 日 / 記入者名： _____ （職種など）

個人情報の使用に係わる同意書

私（ご利用者及びそのご家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（ご利用者）

印

（ご利用者ご家族）

印

1 使用の目的

- ア) 入所・利用の判定会議開催にあたり、必要な情報収集と確認の作業を行う必要がある場合
- イ) ご利用者に係わる施設サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ウ) 施設側と居宅介護支援専門員又はサービス事業者との連絡調整において必要となった場合
- エ) 在宅復帰、他施設への申し込みや入所、及び他科受診の際に、主治医や担当医に情報提供する
場合

2 個人情報を使用する事業者

【事業者名】

社会福祉法人 松涛会

介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

施設長 相澤 弘道

ユニット型介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部

施設長 相澤 弘道

【所在地】

新潟県上越市大字今泉字西蓮池 1310-5

【提供サービスの種類】

- ・入所サービス
- ・ユニット型入所サービス
- ・短期入所療養介護（予防）サービス
- ・ユニット型短期入所療養介護（予防）サービス

3 個人情報を使用するにあたって

- ア 個人情報の使用は必要最小限とします
- イ 提供があった個人情報は、第三者に漏らしません
- ウ 使用した個人情報は目的以外には使用しません
- エ 個人情報を使用した会議の内容は経過に記録します

4 使用開始日（ご利用申込日）

令和 年 月 日

ユニット型介護老人保健施設そよかぜ倶楽部 介護老人保健施設そよかぜ倶楽部
個人情報利用目的

介護サービス提供に必要な利用目的「法令に基づく」

《 介護サービス利用者への介護提供に必要な利用目的 》

- ※ 当該事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ※ 介護保険事務
- ※ 介護サービスの利用者に係る事業所の管理運営業務のうち
入所 退所の管理
会計 経理
事故報告
当該利用者の介護サービスの向上

《 他の事業者等への情報提供を伴う事例 》

- ※ 当該事業所等が利用者等に提供する介護サービスのうち、
当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護
支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）照会への回答
- ※ その他の業務委託
- ※ 家族等への心身の状況説明

介護保険事務のうち

- ※ 保険事務の委託
- ※ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ※ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ※ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

《 上記以外の利用目的 》

介護関係事業者の管理運営業務のうち

- ※ 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ※ 介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

生活への意向・希望調査

ご利用者名 _____ 様

※各種計画書作成時の参考とさせていただきます。ご協力お願い致します。

ご本人の意向・希望

3項目まで選んでください

- ☐ できることは自分でやりたい
- ☐ 転ぶことや怪我をすることなく生活したい
- ☐ 痛みがひどくならないように生活したい
- ☐ 食事の時間を楽しみたい
- ☐ 食べられるものを食べて健康を維持したい
- ☐ 皆と運動したりレクリエーションをしたりして楽しく生活を送りたい
- ☐ 趣味や日課等できることを楽しく続けたい
(趣味、日課： _____)
- ☐ 役割をもって生活したい
(役割： _____)
- ☐ いつまでも、しっかりしていきたい
(認知症の進行予防)
- ☐ 時々家族と外出したい
- ☐ 家に帰って生活したい
(家で生活できる目安： _____)
- ☐ その他(_____)
- ☐ 聞き取りできず

調査日 R 年 月 日

調査担当者 _____

ご家族の意向・希望

3項目まで選んでください

- ☐ できることは自分でしてほしい
- ☐ 転倒などに注意して安全に過ごしてほしい
- ☐ 痛みがひどくならないように生活してほしい
- ☐ 食事の時間を楽しんでほしい
- ☐ 食べられるものを食べて健康を維持してほしい
- ☐ 皆と運動やレクリエーションに参加する等、楽しみのある生活を送ってほしい
- ☐ 趣味や日課をできる範囲で続けてほしい
(趣味、日課： _____)
- ☐ 役割をもって生活してほしい
(役割： _____)
- ☐ いつまでも、しっかりしてほしい
(認知症の進行予防)
- ☐ 時々一緒に外出をしたい
- ☐ 家に帰って生活してほしい
(家で生活できる目安： _____)

ご記入日 R 年 月 日

ご記入者 _____ 様